Un futur libéré de la filariose lymphatique : la vision, bientôt une réalité avec l'extension ou la réduction progressive des interventions et en allant au-delà des barrières

Septième réunion de l' Alliance Mondiale pour l'Elimination de la Filariose Lymphatique
Du 18 au 19 Novembre 2012
Washington DC

Contents

Remerciements 4

Abréviations et Acronymes ..... **Error! Bookmark not defined.**

Résumé Exécutif 7

Etat de la situation ..... **Error! Bookmark not defined.**

Etudes de cas par pays. ..... **Error! Bookmark not defined.**

Les avancées ..... **Error! Bookmark not defined.**

Session d'ouverture- sommes-nous sur la bonne voie vers 2020? 11

Mot de bienvenue du Président du GAELF ..... **Error! Bookmark not defined.**

Mot de bienvenue du Ministre de la santé de la Tanzanie ..... **Error! Bookmark not defined.**

Chimiothérapie Préventive et WHO's plan stratégique pour les NTDs .... **Error! Bookmark not defined.**

Plan stratégique de la FL ..... **Error! Bookmark not defined.**

Progrès au niveau régional 17

La Région Afrique 18

La région Amérique 19

La Région de la Méditerranée Orientale 19

La région de l'Asie du sud-est 19

La région du Pacifique occidental ..... **Error! Bookmark not defined.**

Discussion 20

Présentation des succès 20

Présentation des succès de l'extension ..... **Error! Bookmark not defined.**

Haïti : le triomphe sur l'adversité ..... **Error! Bookmark not defined.**

Malawi: une histoire personnelle pleine d'inspiration ..... **Error! Bookmark not defined.**

Inde: l'impact de l'engagement du gouvernement ..... **Error! Bookmark not defined.**

Libéria: Capitaliser sur les plateformes existantes ..... **Error! Bookmark not defined.**

Présentation des succès dans la réduction 24

Togo: une première en Afrique ..... **Error! Bookmark not defined.**

Ghana: Extension et réduction progressive ..... **Error! Bookmark not defined.**

Vietnam: Planifier pour l'élaboration de dossiers ..... **Error! Bookmark not defined.**

Philippines: Assurer l'appui du gouvernement à tous les niveaux ..... **Error! Bookmark not defined.**

Discussion..... **Error! Bookmark not defined.**

Répondre aux défis du Programme 27

Atteindre les laissés-pour-compte ..... **Error! Bookmark not defined.**

Sierra Léone: les réalisations de la Sierra Léone..... **Error! Bookmark not defined.**

Libéria: d'où vient l'optimisme du Libéria?..... **Error! Bookmark not defined.**

Papouasie Nouvelle Guinée: Pourquoi la PNG rencontre tant de difficultés? ..... **Error! Bookmark not defined.**

Discussion..... **Error! Bookmark not defined.**

Comment accélérer le processus? 30

L'Indonésie: de la couverture partielle à la couverture totale ..... **Error! Bookmark not defined.**

Le Nigéria: Améliorer l'intégration pour assurer le financement 31

Tanzanie: Introduction progressive dans le TDM ..... **Error! Bookmark not defined.**

Discussion..... **Error! Bookmark not defined.**

Stratégies pour réaliser la prévention des incapacités et la prise en charge de la morbidité 33

Le programme national pour la prise en charge du lymphœdème du Togo ..... **Error! Bookmark not defined.**

Appui communautaire pour les patients du lymphœdème ..... **Error! Bookmark not defined.**

Nouvelles options thérapeutiques pour le lymphœdème..... **Error! Bookmark not defined.**

Le projet africain de prise en charge de la FL ..... **Error! Bookmark not defined.**

Discussion..... **Error! Bookmark not defined.**

Relier les programmes 38

Nouveaux partenariats avec l'onchocercose ..... **Error! Bookmark not defined.**

Extension des bénéfices 40
Deux programmes: un objectif partagé – la FL et le Trachome ..... **Error! Bookmark not defined.**
Partenariat avec les programmes de paludisme ..... **Error! Bookmark not defined.**
Discussion..... **Error! Bookmark not defined.**

GAELF: Chapitre suivant 45
Partenariats stratégiques 46
L'avenir du GAEFL après la déclaration de Londres - Professeur David Molyneux 47
Discussion..... **Error! Bookmark not defined.**

Prochaines étapes ..... **Error! Bookmark not defined.**

Références 52

Liste des participants 54

Remerciements

L'Alliance Mondiale pour l'Elimination de la Filariose Lymphatique (GAELF) voudrait exprimer toute sa gratitude aux partenaires qui ont apporté leur appui à cette réunion:

La contribution de nombreuses personnes a permis une bonne organisation et un bon déroulement de la rencontre, telles que:

La Banque Mondiale

- Professeur Donald Bundy

Groupe Consultatif du GAELF

- Professeur Moses Bockarie
- Professeur Maged el-Setouhy
- Dr.Adrian Hopkins
- Dr. Dominique Kyelem
- Dr. Patrick Lammie (Secrétaire de direction)
- Dr. Frank Richards

Membres cooptés du Groupe Consultatif du GAELF

- Dr. Rita Kusriastuti
- Dr. Doris Njomo

Observateurs du Groupe Consultatif du GAELF

- Dr. Kazuyo Ichimori (WHO)
- Dr. BT Slingsby (Eisai Ltd)
- Mlle Janet Vessotskie (Merck & Co.Inc.)
- Dr. Andy Wright (GSK)

Secrétariat du GAELF (Centre de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées, Liverpool School of Tropical Medicine)

- Mlle Alison Blacklock
- Mme Joan Fahy
- Mlle Sara Holmes

Abréviations et Acronymes

AFR	Région Afrique de l'OMS
AMR	Région Amérique de l'OMS
APOC	Programme Africain de Lutte contre l'Onchocercose
BMGF	Fondation Bill & Melinda Gates
CDC	Centre de Lutte et de Prévention des Maladies (Etats Unis)
CDD	Distributeur communautaire
CDTI	Traitement à l'Ivermectine sous directives communautaires (TIDC)
CNTD	Centre de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (Liverpool)
DEC	Diéthylcarbamazine (citrate)
DFID	Département du Développement International, RU
EMR	Région de la Méditerranée Orientale de l'OMS
GAELF	Alliance Mondiale pour l'Elimination de la Filariose Lymphatique
GNNTD	Réseau Mondial de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées
GPELF	Programme Mondial pour l'Elimination de la Filariose Lymphatique
GSK	GlaxoSmithKline
HKI	Helen Keller International
ICT	Test immunochromatographique
UE	Unité d'Exécution
FL	Filariose lymphatique
LLIN	Moustiquaires imprégnés à longue durée
TDM	Traitement de masse
MMDP	Prise en charge de la morbidité et prévention des incapacités
S&E	Suivi et évaluation
ONGD	Organisation non-gouvernementale de développement
MTN	Maladies Tropicales Négligées
PAHO	Organisation Panaméricaine de la santé
PCT	Chimiothérapie préventive et Lutte contre la transmission
PNG	Papouasie Nouvelle Guinée
RCG	Groupe de Contact Représentatif du
GAEFL RPRG	Groupe de Revue des Programmes Régionaux
SAE	Effets secondaires graves
SEAR	Région de l'Asie du sud-ouest de l'OMS
STAG-NTD	Groupe consultatif Stratégique et Technique sur les Maladies Tropicales Négligées
STH	Géohelminthiases
TAS	Enquête d'évaluation de la transmission
USAID	Agence Internationale de Développement des Etats Unis
WHO	Organisation Mondiale de la santé
WPR	Région Pacifique Occidentale de l'OMS

Résumé Exécutif

La 7é réunion de l'Alliance Mondiale pour l'Elimination de la Filariose Lymphatique s'est tenue du 18 au 19Novembre 2012 à Washington DC et portait sur le thème : « Un futur libéré de la Filariose Lymphatique : la vision bientôt une réalité avec l'extension ou la réduction progressive des interventions et en allant au-delà des barrières ». Il était question au cours de cette réunion de mettre l'accent sur les nouvelles stratégies et partenariats indispensables à l'atteinte les l'objectifs d'élimination de la Filariose lymphatique en tant que problème de santé publique d'ici 2020. La Banque Mondiale a servi de cadre à cette réunion, juste après la tenue du forum 'Unis pour combattre les Maladies Tropicales Négligées en vue de tirer profit des thèmes communs, capitaliser sur les mêmes participants et bénéficier du même appui. (http://www.unitingtocombatntds.org).

Etat de la situation

L'objectif global de l'Organisation Mondiale de la Santé est la couverture sanitaire universelle qui préconise des interventions en santé publique telles que l'accès à la chimiothérapie préventive (PCT) pour les MTN. L'objectif de la chimiothérapie préventive est d'éliminer la FL, l'onchocercose, le trachome et, dans certains cas, la schistosomiase en tant que problèmes de santé publique ainsi que l'élimination de la morbidité liée à la géo-helminthiase (STH) chez les enfants. Étant donné qu'il faut administrer un traitement de masse (TDM) pour 1,4 milliards de personnes et utiliser une forme de chimiothérapie préventive pour la FL, le TDM à base communautaire du programme de lutte contre la FL a souvent servi de plateforme d'intégration de la chimiothérapie de ces maladies. Une bonne couverture du traitement de masse de la FL peut également servir à couvrir les 1,9 milliards de personnes qui ont besoin de PCT pour au moins une maladie négligée.

Selon les données actuelles de l'Alliance Mondiale pour l'Elimination de la Filariose Lymphatique, 73 pays sont endémiques avec 1,39 millions/milliards ? de personnes à risque, 120 millions de personnes infectées et 40 millions de personnes affectées par la morbidité liée à la FL. L'objectif de l'élimination mondiale se résume en deux parties: i) arrêter la propagation de l'infection et interrompre la transmission par le TDM et ii) réduire la souffrance humaine par la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités (MMDP). La première partie de l'objectif est réalisée par les activités de cartographie séquentielles, de TDM, la surveillance post-TDM et la vérification. En 2011, 53 pays étaient sous surveillance post-TDM. Pour la deuxième partie, on procède à l'analyse de la situation de MMDP dans le pays, l'élaboration d'un plan, et l'accès à un service minimum de soins de MMDP. Contrairement au succès relatif à l'extension du TDM, il n'y a que 27 pays à avoir soumis des rapports sur les activités de MMDP.

En rapport avec le plan stratégique 2010-2020 du GPELF, les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs ont été impressionnants ; entre autres, la révision des lignes directrices du suivi-évaluation, intégrant la publication d'informations sur la mise en œuvre d'enquêtes sur l'évaluation de la transmission (TAS) et la vérification de l'absence de transmission. En avril 2013, une stratégie provisoire pour l'interruption de la transmission dans les pays de co-endémicité avec la loase et où le TDM à l'ivermectine ne peut être administré en raison des effets secondaires graves (SAE) sera présenté pour approbation au

Groupe consultatif stratégique et technique sur les MTN (STAG- NTD). La révision des orientations programmatiques incluant les mesures à prendre pour soumettre les rapports à l'OMS sera finalisée en 2013.

Etudes de cas par pays

Une série d'études de cas a fait ressortir des thèmes communs nécessaires pour parvenir au succès et relever les défis. La culture du dévouement au niveau des administrateurs de programmes, le maintien de l'engagement du gouvernement à tous les niveaux et l'utilisation des plateformes existantes d'administrations de médicaments sont autant d'éléments sous-tendant le succès de l'extension des programmes. Les présentations sur les succès liés à la réduction de la maladie ont révélé l'importance de la pérennisation de l'appui du gouvernement après le TDM, ainsi que la fourniture d'une assistance technique continue pour la surveillance post-TDM et l'élaboration d'un dossier pour la vérification de l'absence de la transmission. Les pays qui sont confrontés aux problèmes sont le plus souvent ceux en situation d'après-conflit et disposant d'infrastructures peu développées et de faibles systèmes de soins de santé. Pour surmonter ces défis, il faut innover en matière de stratégies de distribution, créer de nouvelles méthodes pour motiver les volontaires et bénéficier de l'appui extérieur dans le domaine financier et technique. Enfin, les études de cas sur l'accélération des progrès ont souligné l'importance d'une meilleure couverture avant l'extension des zones administrant les TDM, et la nécessité de renforcer les capacités des administrateurs de programme en matière de planification, budgétisation et suivi des programmes, particulièrement dans les grands pays décentralisés.

En termes de leçons apprises, les participants ont découvert les efforts innovants de la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités : le programme national de prise en charge du lymphœdème du Togo, le projet à base communautaire pour le lymphœdème dans une zone de forte endémie en Inde, et le projet sur la morbidité de la FL en Afrique. Fournir des soins dans le cadre des maladies liées à la FL s'est révélé positif en termes d'adhésion au TDM. Le groupe a accueilli les résultats d'un essai clinique qui prouve que la doxycycline faisait reculer ou arrêtait la progression au cours des derniers stades du lymphœdème plus efficacement que l'amoxicilline ou le placebo chez les patients ayant ou non une infection active à la FL. Il a été également débattu de l'importance d'associer le MMDP aux autres maladies en soumettant des rapports sur les activités du MMDP à l'OMS et en collectant des données sur les complications et les récurrences chirurgicales.

Au cours d'une session sur l'association des programmes de FL avec d'autres maladies, les débats ont porté sur le bienfondé et les opportunités de coordination avec les activités sur l'onchocercose, les géohelminthiases, le trachome et le paludisme. En synergie avec les activités liées à l'onchocercose et au trachome, il est possible d'associer une cartographie intégrée, une formation conjointe, des registres de traitements combinés, des traitements de masse simultanés là où c'est réalisable, et un suivi-évaluation conjoint. Les activités liées aux géohelminthiases ont grandement bénéficié des programmes de la FL ; en 2010, l'OMS a publié un rapport faisant état de 57% d'enfants d'âge scolaire traités pour les géohelminthiases ayant reçu ces médicaments par le biais des programmes nationaux de la FL. Dans les programmes de lutte contre la FL, les activités de MMDP y sont généralement intégrées ; mais il n'en va pas de même pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène, qui sont des activités à la traine en ce qui concerne les interventions de PCT dans les programmes de lutte contre les géohelminthiases. Les deux

programmesdoivent renforcer ces activités d'accompagnement si l'objectif est d'éliminer la FL d'ici 2020. Les activités liées à la FL et au paludisme se complètent : les traitements de masse de la FL contribuent à réduire l'anémie, servent de réseaux communautaires pour le suivi de la distribution des moustiquaires (surtout les LLIN : moustiquaires imprégnés à longue durée) et influencent positivement les adultes pour l'utilisation des moustiquaires en vue d'éviter les maladies liées à la FL ; les moustiquaires imprégnés à longue durée, quant à eux, permettent de réduire la transmission de la FL. Il s'en est suivi une discussion animée après la présentation des données du suivi entomologique en cours au Nigéria au cours duquel on n'a pas retrouvé de moustique infectieux après la distribution de moustiquaires dans les zones administrant les TDM de la FL.

Les avancées

Les défis qui se posaient pour l'atteinte de l'objectif de 2020 ont été soulignés par les différents orateurs, à savoir: i) le renforcement des capacités dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités des administrateurs de programmes de lutte contre la FL et des équipes de MTN; ii) l'extension de la couverture géographique à 100% pour le traitement de masse et la coordination simultanée avec la PCT d'autres maladies et les activités de lutte antivectorielle. iii) la planification pour l'enquête d'évaluation de la transmission y compris la disponibilité et l'accessibilité des tests de diagnostic ; iv) l'élaboration d'outils et de méthodes efficaces de surveillance post-TDM ; iv) l'extension des activités de MMDP pour permettre l'accès à tous les patients.

Pour répondre à ces défis, il faut envisager le développement de politiques, le plaidoyer, la mise en œuvre et la recherche opérationnelle à l'aide d'un réseau de partenaires, tels que les ministères de santé, l'OMS, le GAEFL, le GPEFL, le monde universitaire, et les organisations non-gouvernementales de développement (ONGD). Le développement de stratégies de partenariat basées sur la compréhension des motivations de chaque partenaire constitue une clé de succès pour la collaboration avec d'autres programmes de lutte contre les maladies, les entreprises privées et les médias. Les présentateurs ont également insisté sur l'importance de renforcer les capacités des administrateurs de programmes, accroître l'appui aux MMDP, utiliser l'intégration comme un catalyseur pour l'extension et continuer de galvaniser l'engagement du gouvernement en faveur des programmes de FL.

Il est évident que le GAEFL garde toujours son importance en tant qu'entité au sein d'une multitude d'alliances de MTN, en témoigne la réunion du GAEFL 7 qui sert de cadre pour reconnaître les succès, réfléchir sur les défis qui se posent toujours et partager les informations entre 250 représentants environ des programmes nationaux, des donateurs et de la communauté des chercheurs. Mais l'avenir du GAEFL en tant que forum de discussion et de plaidoyer pourrait être amélioré par le renforcement de la participation et de l'engagement des pays dans les activités quotidiennes du GAEFL. A l'ensemble du groupe, le défi est de poursuivre l'évolution du GAEFL- qui est déjà un grand exemple d' « élan de compassion de masse » par le traitement de millions de personnes à risque- en se focalisant sur l'interruption de la transmission de la FL tout en élargissant sa vision périphérique d'inclure ceux qui sont affectés par les maladies liées à la FL.

Session d'ouverture- sommes-nous sur la bonne voie vers 2020?

Mot de bienvenue du Président du GAELF

Le Dr Patrick Lammie a souhaité la bienvenue aux participants à la réunion de l'Alliance Mondiale pour l'Elimination de la FL qui fait suite au forum sur le thème « Unis pour combattre les MTN ». Il a remercié le Dr Don Bundy de la Banque Mondiale et son équipe pour avoir abrité la réunion, l'équipe de la Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF) pour avoir aménagé le site de la réunion et la logistique, ainsi que GlaxoSmithKline (GSK) et Merck & Co., Inc. pour les dons de médicaments et leur appui sans faille au GAEFL. Il a, d'une manière spéciale souhaité la bienvenue au récent partenaire du GAEFL – Eisai Inc. – qui fournira le diethylcarbamazine (DEC) à partir de 2013.

Il a rappelé à la mémoire du groupe deux de leurs collègues, le Dr. Vely Jean François, directeur de programme pour la FL et le paludisme en Haïti et le Dr Likezo Mubila, la personne ressource au niveau de l'OMS pour les maladies tropicales négligées ; ils étaient présents à la dernière réunion du GAEFL mais ne sont plus de ce monde. L'engagement du Dr. Jean François en faveur de l'amélioration de la santé constitue une source d'inspiration. Durant la période de troubles sociaux, il a été kidnappé et une rançon a été réclamée, mais après avoir été relâché, il préféra rester en Haïti et continuer son travail dans la santé publique. Malheureusement, il est mort avant d'avoir vu les fruits de son travail, à savoir la couverture nationale du programme de FL en 2012. Le Dr. Likezo Mubila 'était notre conscience' rappelant toujours à notre mémoire le groupe de pays et de communautés qui sont laissés-pour-compte. Le Dr Lammie a exprimé le souhait que lorsque les membres du GAEFL se réunissent pour discuter des voies et moyens pour atteindre les objectifs fixés dans les communautés, nous entendions sa voix nous rappeler cette obligation.

Pour terminer, il a mentionné ceci : « nous pouvons célébrer les succès déjà enregistrés, mais nous devons garder à l'esprit qu'il est de notre devoir de trouver de nouvelles stratégies et de nouveaux partenariats pour atteindre l'objectif ambitieux d'éliminer la FL d'ici 2020.

Mot de bienvenue du Ministre de la santé de la Tanzanie

Le Dr. Hussein Mwinyi, Honorable Ministre de la santé de la Tanzanie, a fait part de sa joie de retrouver de vieux amis qui étaient présents dès les premières heures du GAEFL. Le Dr. Mwinyi a par la suite raconté sa prise de conscience de la souffrance des malades de l'éléphantiasis lorsqu'il a été élu député d'une zone de forte endémie. Cette expérience a motivé le ministre à commencer le programme de lutte contre la FL en Tanzanie en vue d'apporter de l'espoir aux populations négligées des communautés endémiques.

Il s'est réjoui des progrès réalisés par le GAEFL en un temps relativement court au vu du nombre de personnes traitées et le nombre de pays ayant des programmes actifs. L'objectif majeur de l'élimination- avec les pays au centre- a produit des résultats spectaculaires, même s'il importe d'accroître la couverture le plus rapidement possible, surtout dans les régions subsaharienne et de l'Indonésie, et suivre de près les progrès.

Il a mentionné la plupart des besoins du GAEFL, tels que des outils améliorés pour la surveillance post-TDM en cours, des programmes plus renforcés de lutte contre la morbidité, des stratégies pour le TDM dans les zones urbaines et la recherche opérationnelle pour orienter les besoins du programme. Comme fait marquant, le Président Tanzanien a établi un fonds d'appui aux patients souffrant de la FL, mais il existe toujours un sérieux retard en ce qui concerne les besoins en chirurgie de l'hydrocèle. Il a invité le groupe à relever le défi qu'à la prochaine réunion du GAEFL, les débats portent sur les progrès réalisés concernant l'évaluation et les activités liées à la charge de la morbidité.

Selon le Dr. Mwinyi, le partenariat et la coordination sont des composantes essentielles de l'efficacité du GAEFL, il a ainsi encouragé le groupe à réexaminer les leçons à tirer pour le GAEFL et le partage issu des alliances avec les autres MTN en utilisant l'élan du GAEFL pour atteindre les objectifs des MTN.

Chimiothérapie Préventive et plan stratégique pour les MTN

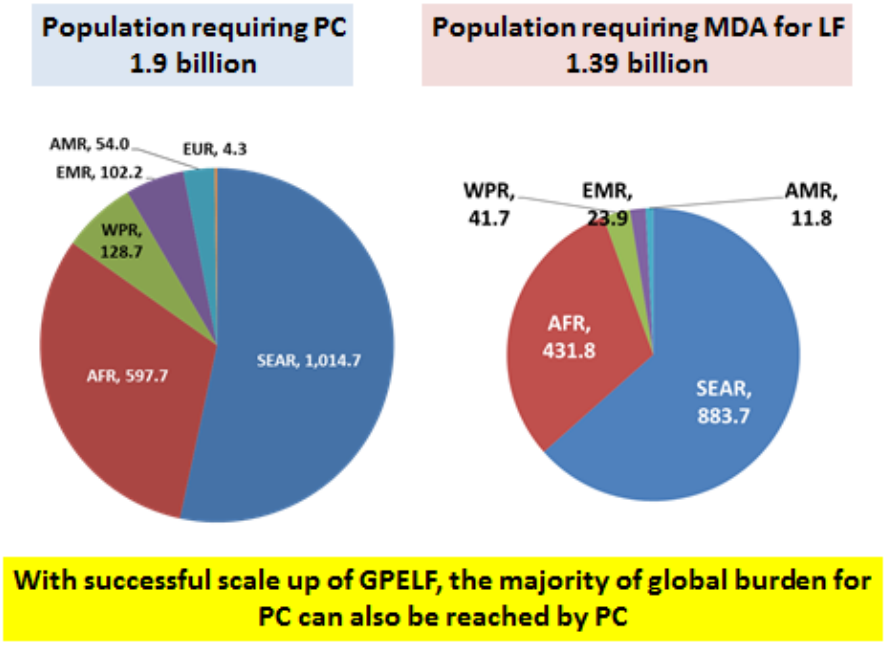
Le Dr. Dirk Engels, Coordonnateur de la Chimiothérapie Préventive et de lutte contre la Transmission du Département de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées à l'OMS, Genève, a présenté un rapport sur la manière dont l'OMS se focalise sur la couverture sanitaire dans le monde par le biais d'interventions essentielles en santé publique en intégrant l'accès à la Chimiothérapie Préventive (PCT) pour les MTN. Les médicaments utilisés dans la PCT pour la FL, l'onchocercose, les géohelminthiases (STH), la schistosomiase et le trachome sont sûrs, à prendre en une dose unique et sans diagnostic

individuel préalable. La raison qui sous-tend l'expansion d'une PCT intégrée réside dans le fait que les dans les milieux pauvres, les mêmes individus sont affectés par plusieurs maladies ; de ce fait, les programmes ont une responsabilité éthique pour traiter toutes les maladies. L'intégration et la coordination des interventions de PCT peuvent conduire à une augmentation de la rentabilité, de la faisabilité, de la visibilité et de l'acceptabilité et réduire ainsi le risque de résistance aux médicaments. Étant donné que 1,4 milliards de personnes ont besoin de PCT pour la FL et que la distribution des médicaments se fait à base communautaire, la FL est souvent utilisée comme une plateforme pour intégrer la PCT des maladies. D'autres composantes stratégiques s'imbriquent dans les programmes de lutte contre les maladies, telle que la prise en charge de la morbidité (FL, schistosomiase, trachome), la lutte antivectorielle (FL, onchocercose, schistosomiase), l'eau et l'assainissement (schistosomiase, STH, trachome).

Il a souligné que l'objectif visé par la PCT intégrée est d'éliminer la FL, l'onchocercose, le trachome et dans certains cas la schistosomiase en tant que problèmes de santé publique ainsi que l'élimination de la morbidité infantile liée aux géohelminthiases d'ici 2020. L'extension de la PCT peut se faire pour toutes les maladies à l'échelle nationale de manière accélérée en renforçant ces interventions par une planification, une mise en œuvre et une prise en charge intégrées. Les étapes à suivre pour l'introduction de la PCT sont : i) institutionnaliser un groupe de travail sur les MTN, ii) élaborer un plan d'action national par une analyse de la situation, la planification et la cartographie des actions, et identifier les écarts de financement et iii) tenir une réunion des acteurs impliqués pour mobiliser les ressources et faire la coordination entre les partenaires.

Présentement, 1,9 milliards de personnes dans 120 pays ont besoin de PCT pour au moins une de ces maladies ; en 2010, 710 millions avaient été traitées. La région OMS de l'Asie du Sud-ouest constitue à elle seule 53% de la charge mondiale des MTN, tandis que la région Afrique (AFR) représente 31%. Pour la FL spécifiquement, il faut traiter 1,4 milliards de personnes par le TDM dans 73 pays ; en 2010-2011, 539 millions de personnes avaient été traitées. SEAR détient 63% de la charge mondiale de la FL, tandis que la région Afrique en détient 31%. Ainsi, une couverture réussie pour le TDM de la FL peut également aider à couvrir la majorité de la charge mondiale de la PCT (figure 1).

Figure 1 Chevauchement entre les populations ayant besoin de PCT pour toutes les maladies et celles ayant besoin de
TDM pour la FL



Cependant, le Dr Engels a mis en garde l'assemblée sur la nécessité de faire perdurer l'impact du TDM de la FL lorsque les activités du programme diminuent, par le biais de la PCT non liée à la FL, surtout pour les géohelminthiases et l'onchocercose. Dans certaines zones, la PCT se fera le plus souvent dans les écoles à la fin des TDM, mais des interventions à base communautaire seront toujours nécessaires pour certains programmes.

Plan stratégique de la FL

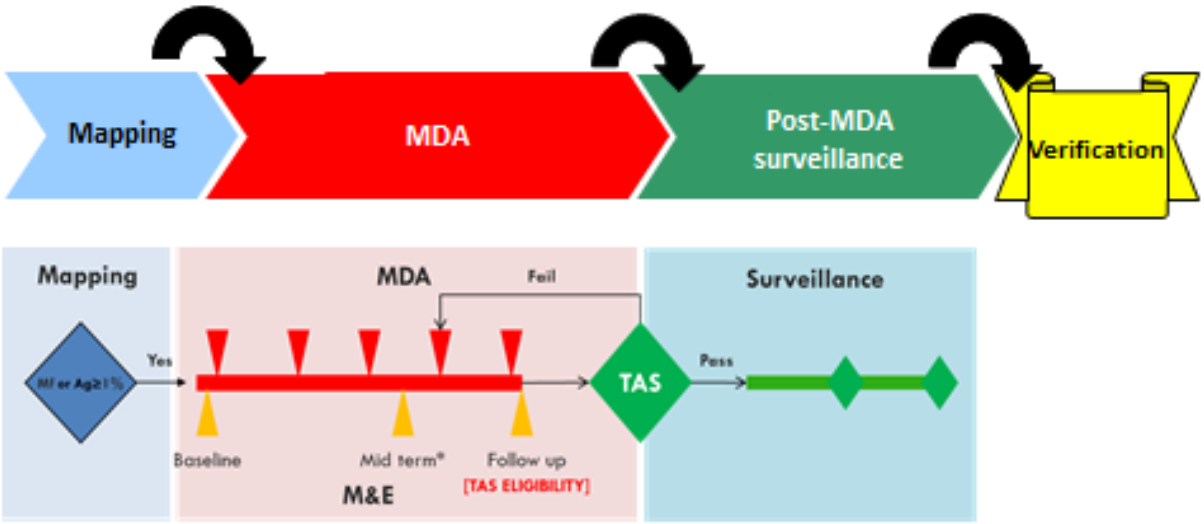
Le Dr. Kazuyo Ichimori, le point focal de la FL à l'OMS Genève, a fait une présentation sur la situation actuelle du Programme Mondial d'Elimination de la Filariose Lymphatique (GPEFL) dans 73 pays[1] d'endémie de la FL : 1,39 milliards de personnes à risque, 120 millions de personnes infectées, et 40 millions de personnes affectées par la morbidité. L'objectif de l'élimination mondiale se situe à deux niveaux : i) arrêter la propagation de l'infection et interrompre la

transmission par le TDM et ii) réduire la souffrance humaine par la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités (MMDP). En 2011, 53 pays ont mis en œuvre le TDM et on a enregistré 538,6 millions de personnes traitées entre 2010-2011 et 12 pays sous surveillance post-TDM.

[1] Lorsque le sud Soudan a accédé à l'indépendance en 2010, le nombre des pays d'endémie est passé de 72 à 73.
Cependant, seuls 27 pays ont envoyé des rapports sur les activités de MMDP à l'OMS. Des données de base de sites sentinelles provenant de 37 pays montrent une prévalence moyenne de la microfilarémie qui est passée de 12,6% à 2,7% selon les données à mi-parcours des sites sentinelles de 36 pays.

Le Dr. Ichimori a ensuite présenté un résumé du plan stratégique 2010-2020 [1] du GPEFL ; ce plan avait été développé à la suite de débats lors de la dernière réunion du GAEFL en Corée[2]. La vision du plan stratégique est un monde libéré du risque de la FL par le biais de l'élimination mondiale de la FL en tant que problème de santé publique. L'objectif de la composante TDM est de réduire la prévalence de l'infection en deçà des seuils cibles dans les zones d'endémie avec des niveaux de prévalence ciblées déterminés pour plusieurs espèces/vecteurs complexes. On peut y parvenir par des activités échelonnées de cartographie, de TDM, de surveillance post-TDM et de vérification (Figure 2).

Figure 2 : mesures programmées: composante TDM

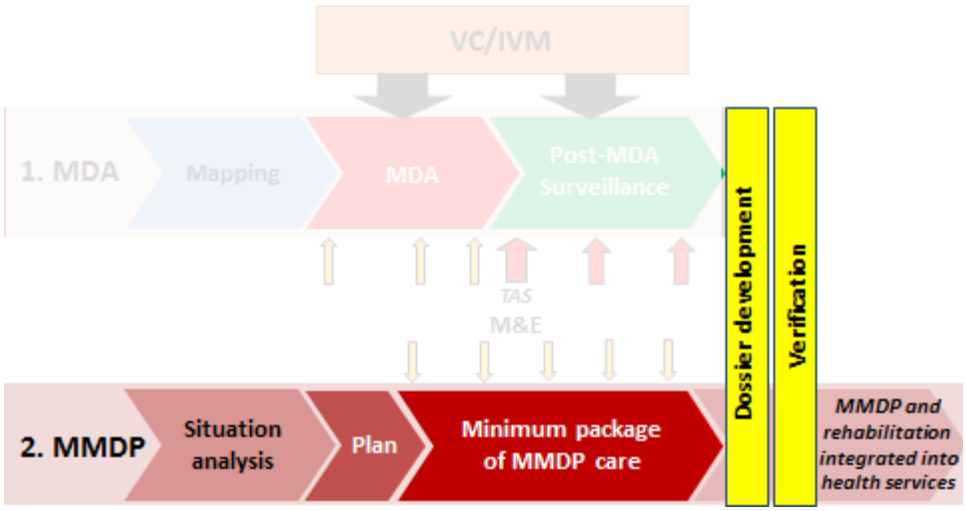


En vue d'atteindre l'objectif du TDM, le plan stratégique intègre quatre étapes importantes pour 2011-2013: i) révision des directives du suivi et de l'évaluation (M&E), ii) critères de vérification de l'absence de transmission, iii) stratégie provisoire pour interrompre la transmission dans les zones d'endémie de la loase, et iv) stratégie finale pour interrompre la

transmission dans les zones d'endémie de la loase. Le manuel sur le suivi-évaluation qui intègre les directives pour vérifier l'absence de transmission a été publiée [3]. La stratégie provisoire pour les zones d'endémie de la loase a été recommandée au Groupe Consultatif Stratégique et Technique pour les MTN (STAG-NTD) pour approbation en avril 2013 [4]. L'objectif du TDM est que d'ici 2020, 70% de pays soient reconnus libérés de la FL et les autres 30% soient sous surveillance post-TDM. Selon les données de 2011, 19 pays n'ont pas pu démarrer le TDM, 41 avaient mis en œuvre le TDM, 12 étaient sous surveillance post-TDM, et 9 ont fait l'objet de vérification et ont été déclarés libérés de la FL.

Pour ce qui concerne la composante MMDP, l'objectif est qu'il n y'ait plus de nouveaux cas cliniques qui seront mesurés par i) la réduction du nombre de crises aigües, ii) le nombre de patients guéris de l'hydrocèle iii) la couverture géographique du MMDP dans les pays d'endémie de la FL. Cette réalisation est possible par l'analyse de la situation dans le pays, l'élaboration d'un plan et la fourniture d'un ensemble minimum de soins de MMDP (Figure 3).

Figure 3 : Mesures programmées: la composante MMDP

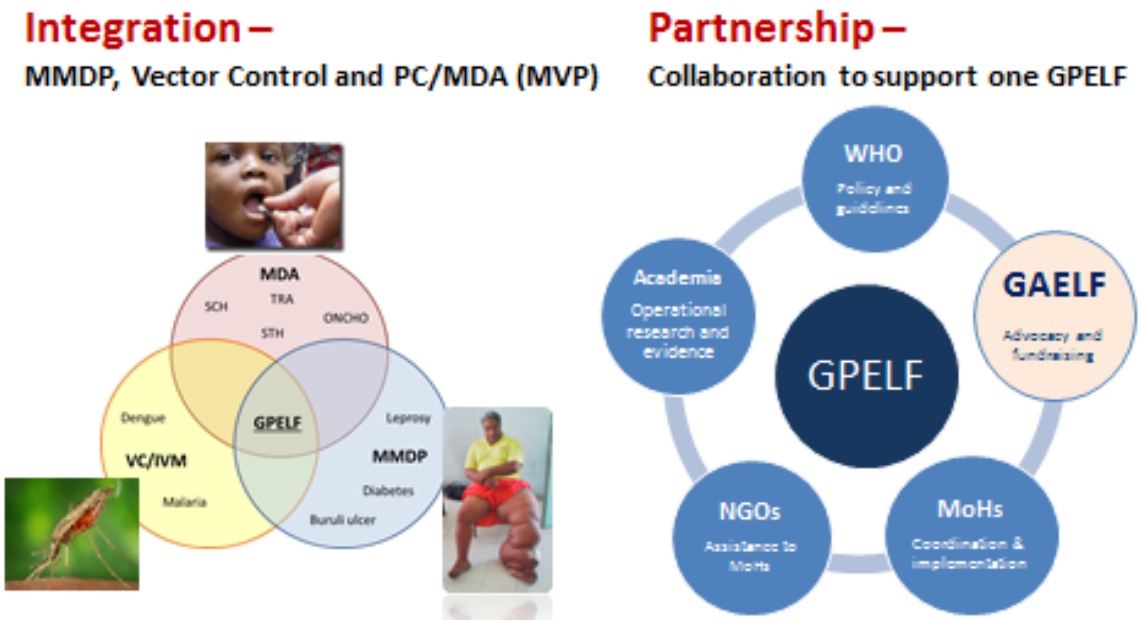


Dans le souci d'atteindre l'objectif du MMDP, le plan stratégique comporte deux étapes importantes pour 2011-2013: i) la révision des manuels et les modules de formation pour le MMDP, et ii) les indicateurs à élaborer pour les rapports annuels sur les activités du MMDP à soumettre à l'OMS. Un énoncé de position commune a été publié et le manuel pour les administrateurs de programme comprenant les indicateurs et les formes de rapport à soumettre à l'OMS est en cours de projet. L'objectif du MMDP est que d'ici 2020, 100% des pays d'endémie aient réalisées une couverture géographique complète et aient accès aux soins de base du MMDP.

Les principaux défis qui restent à relever comprennent: étendre la couverture du TDM de la FL à 100% et coordonner avec les programmes d'autres maladies pour la chimiothérapie préventive et la lutte

antivectorielle; la planification pour le TAS ; assurer la disponibilité et l'accessibilité des tests de diagnostic ; élaborer des outils efficaces de surveillance post-TDM ; définir le rôle des Groupes de revue des Programmes Régionaux (RPRG) et le STAG-NTD dans le processus de vérification ; extension des activités du MMDP ; et la collecte d'éléments de preuves sur les meilleures pratiques pour relier les activités de MMDP aux services de santé. Ces défis peuvent être mieux appréhendés en utilisant un réseau de partenaires et des approches intégrées (Figure 4) pour travailler sur la politique, le plaidoyer, la mise en œuvre et la recherche opérationnelle.

Figure 4 Travailler ensemble pour atteindre l'objectif du GPELF



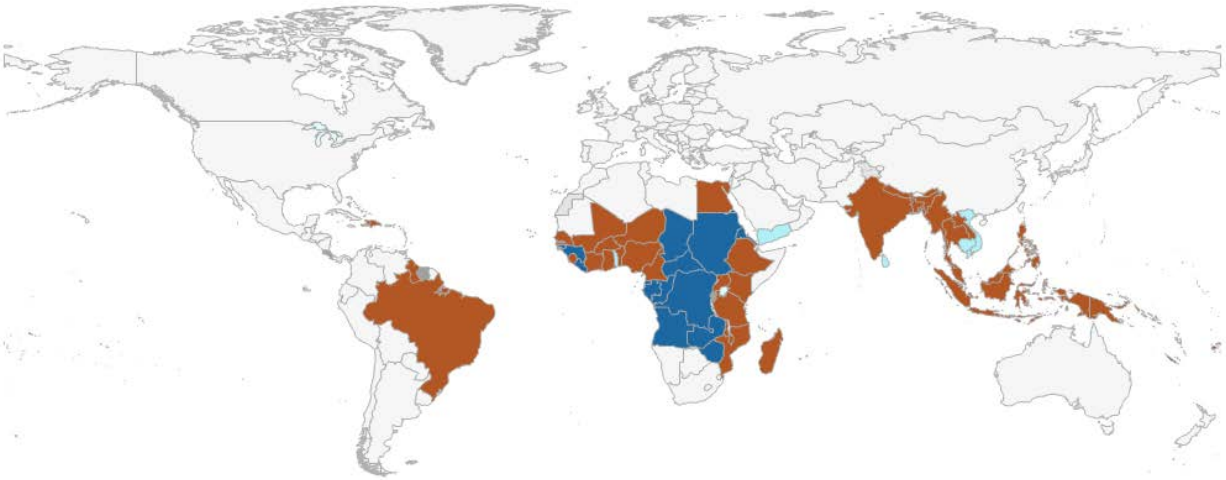
Progres au niveau regional

Le Dr. Ricardo Thompson, chercheur principal à l'Institut National de la Santé du Mozambique a présenté le statut du Programme d'élimination de la FL dans chacune des régions OMS: la région Afrique (AFR), la région Amérique (AMR), la région de la méditerranée de l'est (EMR), SEAR et la région du Pacifique Occidental (WPR). En dépit du succès dans l'extension du TDM, les régions doivent relever des défis au fur et à mesure qu'elles parviennent à fournir les traitements nécessaires; simultanément, elles ont également besoin de renforcer les capacités pour évaluer le succès du TAS. Il a présenté les statuts régionaux sur le nombre de pays et de personnes ayant besoin de TDM, le nombre de personnes traitées, et le statut du pays (Tableau 1 et Figure 5).

Tableau 1 : Nombre de pays et de personnes ayant besoin de TDM et nombre de personnes traitées par région OMS

Région	Nb. de pays ayant besoin de TDM	Population totale (m) ayant besoin	Nb. de personnes (m) traitées en
AFR	34	443	113
AMR	4	12	9
EMR	4	22§	0.5
SEAR	9	879	414
WPR	22	37	21
TOTAL	73	1,393	557.5

Figure 5 : Statut du TDM par pays



La Région Afrique

La région Afrique a réalisé des progrès remarquables dans l'extension effective du TDM depuis 2000 ; en 2011, 76% de couverture totale de la population a été réalisé dans les zones administrant le TDM. Cependant, d'ici 2015 le nombre de pays administrant le TDM et le nombre de personnes traitées doivent être doublées. En particulier, les pays n'ayant pas encore finalisés la cartographie ou débutés le TDM, surtout en Afrique centrale, doivent le faire surtout que les manuels pour le TDM dans les zones d'endémie de la loase sont disponibles. La région est confrontée à des problèmes logistiques et politiques qui ont retardé la finalisation de la cartographie et du démarrage du TDM. les pays ayant la plus grande charge de la maladie, tels que la République Démocratique du Congo, le Nigéria et l'Ethiopie ont besoin de plans spécifiques pour aider à l'extension y compris la prise en compte

d'alternatives pour le TDM annuel en vue d'accélérer le processus d'interruption de la transmission. Le partenariat régional est renforcé pour appuyer la mise en œuvre dans le pays.

La région Amérique

Haïti a la charge la plus élevée avec 80% de la charge totale de la région Amérique ; sa situation est spéciale surtout après le tremblement de terre de 2010 qui a détruit la plupart des infrastructures gouvernementales. Néanmoins, le TDM de la FL de 2012 a permis de couvrir tout le territoire national pour la première fois, aidé d'une part par le partenariat solide au niveau régional comme les ministère de la santé et de l'éducation, IMA World Health, University of Notre Dame, les Centres de Lutte contre la Maladie et la Prévention (CDC) des USA, l'Agence des Nations Unies pour le développement International (USAID), la Banque Interaméricaine de Développement et le réseau mondial pour les MTN (GNNTD). En outre, l'on s'attend à ce que le projet binational pour éliminer le paludisme en Haïti et en République Dominicaine ait un effet positif pour le programme de lutte contre la FL.

La Région de la Méditerranée Orientale

En 2004, l'administration des traitements a connu un pic dans la région de la méditerranée orientale avec un grand nombre de personnes traitées, mais à partir de 2005 ce pic a décliné dû au fait que parmi les pays d'endémie de la FL, deux progressaient vers l'élimination et les traitements en vue de la réduction ; de plus, l'extension du TDM au Soudan et au sud Soudan a été difficile à cause des infrastructures fragiles. Le Yémen et l''Egypte ont actuellement besoin de tests immunochromatographiques (ICT) pour mener les TAS puisque toutes les unités d'exécution (UE) ont pu administrer au moins huit rondes de TDM et ont réalisé de taux de microfilarémie<1% dans les sites sentinelles et les sites de contrôle inopinés. La région a également besoin de renforcer la prise en charge de la morbidité.

La région de l'Asie du sud-est

Tous les pays d'endémie de la FL dans le SEAR ont mis en œuvre le TDM, à l'exception du Sri Lanka et des Maldives qui sont sous surveillance post TDM. Alors que les pays à très forte charge comme le Bangladesh et l'Inde ont fait des progrès importants dans la mise en œuvre du TDM, ils sont confrontés aux difficultés de procuration des tests ICT pour la mise en œuvre du TAS. L'instabilité politique dans le Timor Este a conduit à l'interruption du TDM, qui n'a pas encore repris. La région doit également renforcer l'engagement des partenaires impliqués dans la mise en œuvre dans la région et développer les activités de MMDP.

La région du Pacifique occidental

Dans la région du Pacifique occidental, trois pays n'ont pas encore débuté le TDM, neuf ont des TDM en cours et dix sont sous surveillance post-TDM. Les défis à relever sont entre autres la disponibilité et

l'accessibilité des tests ICT, l'atteinte des objectifs de la prévalence dans les zones ayant des vecteurs *Aedes* où les rondes de TDM répétés n'ont pas diminué les niveaux de microfilarémie et de prévalence de manière adéquate ainsi que le renforcement des activités de MMDP. Un véritable défi se pose toujours dans la Papouasie Nouvelle Guinée en ce qui concerne l'extension du TDM. Enfin, il y a un manque de capacité au niveau pays pour préparer les dossiers de vérification ; ce manque deviendra également un défi à relever dans d'autres régions au fur et à mesure que les pays progressent vers l'élimination.

Discussion

En vue de procéder à une bonne analyse de la situation, les participants ont proposé aux présentateurs de fournir les situations épidémiologiques et les progrès de la mise en œuvre de manière détaillée au niveau des UE. En outre, la manière la plus indiquée pour apporter de l'appui au niveau des pays- étant donné les multiples demandes adressées à l'OMS et aux membres du RPRG- a fait l'objet de débat avec une proposition à l'appui- à savoir permettre la prise de décisions au niveau des groupes de revue des pays et sous les auspices du RPRG pour les pays plus vastes. En raison de la nécessité de renforcer les capacités dans l'analyse des situations au niveau national et régional et dans la vérification des progrès des programmes, les participants ont été priés de fournir des opinions précises sur les besoins de renforcement des capacités dans le court et le moyen terme au Professeur David Molyneux, Président du groupe de travail NTD/STAG sur le renforcement des capacités à l'OMS. Pour finir, une plateforme actualisée sur les nouvelles ICT a été fournie: elle est présentement testée sur le terrain, et une vérification des effets du nouveau format de test sur les directives TAS sera faite après la compilation des résultats. Un groupe restreint de partenaires est enpourparlers avec la société Alere qui produit les ICT ; elle a demandé des estimations précises aux programmes nationaux pour assurer les approvisionnements à temps et de manière appropriée.

Présentation des succès

Présentation des succès de l'extension

Modérateur: Andy Wright

Haïti : le triomphe sur l'adversité

La présentation sur la FL en Haïti a été faite par le Dr. Abdel Direny, administrateur principal de programme et conseiller des MTN à IMA World Health ; la filariose bancroftienne transmise par les moustiques Culex est présente dans 88% des communes. Le TDM a débuté en 2000 dans la commune de Léogane avec une couverture de 24 communes mais en 2005, le programme a pris fin faute de financement. Depuis 2008, avec l'aide de GSK, IMA World Health/USAID, University of Notre Dame, le CDC, et les partenaires de santé, le programme s'est progressivement développé atteignant une couverture totale de 140 communes endémiques en 2012. La couverture de la ronde de 2011-2012 a atteint en moyenne 90% de la population totale, variant de 80-116% (en utilisant les données de la population selon le recensement de 2003 et sans compter les données sur la migration). Les médicaments ont été administrés aux postes de distribution et dans les écoles avec trois distributeurs communautaires par poste. La mobilisation sociale se faisait par les spots radio, les annonces à partir de camions ainsi que celles faites par les leaders communautaires. Les réseaux de distribution de médicaments au niveau communautaire sont également utilisés pour distribuer les chaussures, les filtres à eau et les médicaments essentiels.

Le Dr. Direny a raconté les nombreux défis qui se sont posés au programme en Haïti, y compris le tremblement de terre de 2010, le choléra et l'instabilité politique. Le programme devait développer la prise en charge de la morbidité, la construction des latrines, les activités liées à l'hygiène et la poursuite du TDM des STH après l'arrêt du TDM de la FL. Il a insisté sur le fait que ces défis peuvent seulement être pris en compte par le biais de la collaboration ; l'intégration des programmes de la FL et des STH ; et la participation des leaders communautaires, des promoteurs de la santé et des distributeurs communautaires dans la sensibilisation des populations pour assurer un intérêt soutenu dans la participation du TDM. Le programme est parvenu à surmonter des situations difficiles inévitables et imprédictibles grâce à l'engagement du gouvernement et des partenaires, la capacité à évaluer dans l'immédiat et de planifier les activités du programme après le tremblement de terre, les contributions des volontaires et l'utilisation constante du suivi et l'évaluation pour mesurer l'impact.

Malawi: une histoire personnelle pleine d'inspiration

Le directeur du Programme de lutte contre la FL, Mr. Square Mkwanda, a présenté le programme de lutte contre la FL au Malawi, où 26 districts sur 28 sont endémiques avec 14,1 millions de personnes à risque. Le pays a été cartographié en 2003, mais le TDM a seulement démarrer en 2008 après la participation du Ministre de la santé à la réunion du GAEFL en 2008 en Tanzanie où celui-ci avait été impressionné par les progrès réalisés dans d'autres pays. Pour la FL, il n'y avait pas de budget spécifique, mais M. Mkwanda a été chargé de faire l'extension du TDM de la FL dans huit districts, ce qu'il a accompli en intégrant le TDM avec

d'autres activités sanitaires comme la distribution des moustiquaires. Pour montrer la volonté politique et prouver au public que les médicaments sont sans risque, les médicaments ont été distribués au parlement et à la Présidence. Après avoir réalisé une couverture de 80%, le programme a pu atteindre une couverture géographique totale en 2009 et, sur la base des résultats de 2008 et 2009, a pu assurer l'appui du Centre pour les Maladies Tropicales Négligées (CNDT) ; à partir de 2010, il a pu bénéficier du soutien du Liverpool School of Tropical Medicine. Mais il reste à noter que des défis se posent toujours pour l'élimination comme les problèmes transfrontaliers, la prise en charge de la morbidité et la compétition avec les autres priorités du gouvernement.

Bien que la prise en charge de la morbidité soit en cours avec 3201 hydrocélectomies pratiquées et le traitement de 2008 patients souffrant de lymphœdème au cours des quatre dernières années, on note toujours des insuffisances en termes de supervision des groupes d'auto-prise en charge et de renforcement des capacités des travailleurs de la santé dans la prise en charge de ces cas.

Inde: l'impact de l'engagement du gouvernement

La présentation du Consultant, le Dr V. Kumaraswami, s'est porté sur le statut de la FL en Inde qui totalise 40% de la charge mondiale ; on enregistre 600 millions de personnes à risque et 509 millions de personnes ont été ciblées pour le TDM dans 20 états endémiques. Le TDM pour la FL a été piloté dans les années 50 ; et en 2002, la politique nationale de santé a lancé un appel pour l'élimination de la FL d'ici 2015. En 2004, l'utilisation d'une dose unique de DEC au cours du TDM a permis de couvrir les zones d'endémie et en 2006, la combinaison de DEC+albendazole a permis de couvrir toutes les zones ; malgré ces acquis, les questions liées à la mobilisation sociale et à l'acceptation des médicaments demeurent. Les sites

sentinelles présentent un impact positif du TDM – avec un taux moyen de 1,2% de microfilaires en 2004 et de 0,35% en 2011.

En 2011, le programme a reçu l'appui de l'administration publique centrale, des contributions du budget de l'Etat et un don de 300 millions de comprimés d'albendazole par GSK pour le TDM et les activités de prise en charge de la morbidité. il a également reçu l'appui d'autres partenaires tels que les collèges à vocation médicale pour la mise en œuvre des évaluations indépendantes de couverture, le Conseil indien pour la Recherche médicale pour évaluer la couverture du TDM et mettre en œuvre la recherche opérationnelle, le Centre National de lutte contre les Maladies et les organisations de développement non-gouvernementales (ONGD) pour la mise en œuvre et l'évaluation des activités liées à la morbidité.

Le Dr V. Kumaraswami a relevé certaines difficultés du programme indien, telles que les besoins en médicaments (1 milliard de comprimés de DEC et 500 millions d'albendazole par an), l'approvisionnement en médicaments de bonne qualité, le stockage et la distribution des médicaments, la formation de 2,5 millions d'agents de santé au niveau périphérique et le traitement de 250 personnes par jour et par travailleur au cours du TDM. L'extension de la formation sur la morbidité, la chirurgie de l'hydrocèle, les soins à domicile du lymphœdème ainsi que les stratégies et le financement pour la réduction constituent les plus grands défis du moment ; étant donné que 170 UE sont prêtes pour le TAS, 150000 ICT seront requises en 2013 pour la conduite des activités TAS.

Libéria: Capitaliser sur les plateformes existantes

Dans sa présentation, le Dr Karsor Kollie, administrateur de programme, a décrit le programme de lutte contre la FL au Liberia : 13 comtés sont endémiques totalisant une population à risque de 3,4 millions dans un pays de post-conflit avec des infrastructures de santé peu développées ; le programme de lutte contre la FL s'est appuyé sur les succès du programme de l'onchocercose qui utilise les distributeurs communautaires (DC) pour le TDM et possède un mécanisme en place pour le suivi de l'impact du TDM. Le programme a ciblé 1,6 millions de personnes dans les 13 comtés en 2012 et s'est fixé pour objectif de faire une couverture de 100% au cours des deux prochaines années. Les défis les plus significatifs ont été les mouvements des DC dus à la faible motivation et aux problèmes logistiques tels que la disponibilisation des mobylettes pour atteindre les zones isolées. L'intégration avec le programme du paludisme a été utile pour déterminer l'impact de la lutte antivectorielle sur le TDM et déterminer l'existence de la transmission de la FL au niveau urbain. Les leçons apprises sont : l'intégration peut renforcer la coordination et améliorer les résultats, l'utilisation des structures existantes augmente la capacité de faire une extension et la collaboration avec les programmes de paludisme sur la prise en charge des vecteurs peut accélérer l'élimination de la FL.

Le programme a bénéficié de l'appui du CNDT, de Sightsavers, de l'OMS et du programme Africain de Lutte contre l'Onchocercose (APOC). De plus, la FL est maintenant intégrée dans la politique décennale de santé nationale et dans les soins essentiels des services de santé, et de ce fait, le financement du gouvernement en faveur du programme va augmenter. Le plaidoyer du gouvernement sera plus développé

surtout que la Présidente du Libéria est la co- présidente du comité des Nations Unies en charge de l'élaboration des priorités des objectifs de développement post- millénaire.

Présentation des succès dans la réduction

Modérateur: Dr Adrian Hopkins

Togo: une première en Afrique

Le Dr Monique Dorkenoo, Coordinatrice de la FL a fait sa présentation sur le Togo, le seul pays en Afrique qui a pu interrompre le TDM et procéder à la réduction. Le Togo avait 1,3 millions de personnes à risque de la FL dans sept districts. Le TDM a débuté en 2000 dans un district, avec une couverture géographique totale réalisée en 2003 et dans tous les districts, le TDM s'est poursuivi pendant au moins six ans jusqu'en 2009. Chaque district avait un site sentinelle dans lequel on procédait à une évaluation régulière des niveaux de microfilarémie. En 2008, tous les districts ont été évalués pour l'arrêt du TDM en utilisant les directives de 2005 de l'OMS. Après le TDM de 2008, cinq districts sur les sept ont interrompu le TDM et en 2009 deux districts ont interrompu le TDM. Selon elle, le principal défi à relever est le suivi pour éviter la réapparition. Une première ronde de surveillance post-TDM utilisant le TAS a été utilisée dans le district de Kozah en décembre 2009 appuyé par le BMGF dans le cadre de son projet de recherche opérationnelle globale et la deuxième ronde se fera en 2012. L'objectif du programme est de maintenir le plaidoyer pour assurer le financement de la surveillance post-TDM en cours qui est actuellement focalisé sur les zones frontalières. Le programme travaille également à accroître la couverture et l'utilisation des moustiquaires pour assurer l'interruption de la transmission.

Ghana: Extension et réduction progressive

Le Dr Nana-Kwadwo Biritwum, directeur de programme des MTN, a fait une description des activités de la FL au Ghana dans le contexte du programme de lutte contre les MTN, étant donné que chaque district au Ghana est endémique d'au moins trois MTN. La population à risque de la FL au Ghana est de 12 millions et couvre 74 des 170 districts. Entre 2001 et 2006, le Ghana a pu progressivement étendre le TDM de 5 districts à l'ensemble des 74 districts. En 2010, quatre districts avaient arrêtés le TDM. Le docteur a relevé que les trois grands défis qui se posent toujours sont : i) le TDM dans les zones urbaines et la fatigue de la communauté dans les zones rurales, ii) les outils pour le post-TDM et la surveillance dans Chaque année, trois à dix districts réalisent les enquêtes de les districts non endémiques, et iii) les ressources financières et humaines limitées. Pour surmonter ces défis, le programme travaille à développer des stratégies alternatives de mobilisation sociale et de distribution pour le TDM dans les zones urbaines, la mise en œuvre de la recherche opérationnelle sur la surveillance avec le CDC, et le renforcement des capacités techniques.

Vietnam: Planifier pour l'élaboration de dossiers

Selon le Dr Do Trung Dung, directeur de programme de lutte contre la FL, au Vietnam, on note la présence de la filariose bancroftienne et de la filariose à brugia. Un million et demi de personnes sont à risque dans 12 districts et pour la mise en œuvre du TDM, elles ont été réparties dans 6 UE. De 2003 à 2008, tous les six UE ont reçu cinq rondes de TDM. En 2009, tous les districts ont été évalués pour l'arrêt du TDM sur la base des directives de l'OMS. Les enquêtes TAS post-TDM seront mises en œuvre en 2013 et en 2015, il sera procédé au rassemblement des districts en quatre unités d'évaluation. Selon lui, le défi majeur qui se pose est la conduite des TAS dans les écoles des zones rurales et minoritaires en raison des difficultés pour obtenir le consentement pour la collecte de sang. Le programme envisage impliquer les enseignants et les parents avec les équipes d'enquêtes pendant la collecte de sang dans ces zones. Le programme a également besoin d'un appui extérieur technique et financier, en raison du faible financement du gouvernement et de la faible capacité de collecte de données et de rédaction technique des dossiers de vérification.

Philippines: Assurer l'appui du gouvernement à tous les niveaux

Dans son exposé, le Chef de Division, le Dr Leda Hernandez a expliqué qu'aux Philippines 28 à 30 millions de personnes sont menacées par la FL dans 44 provinces endémiques. Depuis 2001, le TDM a débuté dans les zones sélectionnées avec un pic entre 2007 et 2009 de 37 UE administrant le TDM. En 2011, 12 provinces ont mis fin au TDM et le TAS a été programmé dans huit autres provinces en 2012. Trois UE ont fini la surveillance post-TDM et six autres ont une surveillance en cours. Elle a noté que les facteurs déterminants de ce succès ont été le budget gouvernemental (pour l'achat du DEC), les partenariats pour combler les lacunes et la prise en charge de la morbidité, la présence des agents de santé engagés et l'assistance technique externes. Le programme a pu relever le défi de l'appropriation et de l'engagement des structures décentralisés du gouvernement en offrant des primes de motivation basées sur la performance pour les UE qui ont atteint les objectifs de l'élimination. Des réunions régulières d'acteurs pour accroître la coordination, et le feedback aux partenaires surtout ceux qui œuvrent dans des secteurs différents ; la formation des agents de santé sur les nouvelles directives ; et la conduite des enquêtes d'évaluation rapides, la recherche opérationnelle, et la surveillance post-TDM en vue de renforcer le S&E. Enfin, le programme fait du lobbying pour la durabilité du budget annuel alloué à la FL jusqu'à l'atteinte de l'objectif d'élimination - et non pas jusqu'à l'arrêt du TDM.

Discussion

Au cours des débats ayant suivi ces présentations, quatre problèmes essentiels ont été soulignés. Premièrement, l'importance de la collecte des données dans la prévalence de base puisqu'elle constitue un

facteur dans la détermination des rondes de TDM nécessaires. Deuxièmement, les défis de la collaboration transfrontalière et la synchronisation des cycles de TDM avec la proposition d'intensifier la surveillance dans les zones transfrontalières.

Troisièmement, la proposition du traitement biannuel pour accélérer l'interruption de la transmission, surtout dans les zones conduisant le traitement biannuel de l'onchocercose. Enfin, une proposition a été faite aux pays de trouver un créneau pour remercier les donateurs et les partenaires en vue d'encourager les dons soutenus dans le climat financier qui prévaut.

Répondre aux défis du Programme

Atteindre les laissés-pour-compte

Modérateur: Professeur Moses Bockarie

Sierra Léone: les réalisations de la Sierra Léone

Le directeur de Programme des MTN à Helen Keller International (HKI), Mr. Mustapha Sonnie, a décrit la situation de la FL en Sierra Léone, où elle est co-endémique avec l'onchocercose et transmise par les vecteurs *Anopheles*. Malgré le conflit que le pays a enduré, un faible système de santé et une capacité technique limitée, le programme est sur la voie de l'élimination de la transmission de la FL d'ici 2015. En s'appuyant sur le système de TDM de l'onchocercose bien établi et orienté vers la communauté, l'extension du TDM de la FL a pu être réalisée en trois ans avec une couverture nationale de 2007 à 2010. La formation et le plaidoyer ont été faits en cascade: des superviseurs au niveau national aux équipes de gestion des districts sanitaires, de ces équipes au personnel des structures de premiers soins, de ce personnel aux distributeurs communautaires avec au passage, un message ciblé pour tous. Les activités de mobilisation sociale étaient constituées de réunions avec la communauté, de programmes interactifs dans les zones urbaines et des programm*Anopheles*vectors. Despite prior conflict, a poor health system, and limited technical capacity, the programme is on track to eliminate LF transmission by 2015. Building on the well-established community-directed onchocerciasis MDA system, the LF MDA was scaled up to national coverage in the three years from 2007 to 2010. Training and advocacy follow a cascade from national supervisors to district health management teams to primary health unit staff to community drug distributors, with targeted messages for each. Social mobilization activities include community meetings, interactive programmes in urban areas, and radio programmes.

Mr Sonnie a relevé que le

programme est confronté aux défis de compétition avec les autres priorités de santé telles que le choléra, le taux élevé de mortalité infantile et maternelle et le paludisme, les infrastructures routières peu développées et la motivation des volontaires communautaires. Il a été demandé aux leaders communautaires de trouver des voies et moyens pour motiver les volontaires, telle que la dispense du travail communautaire, l'occupation des CDD avec les activités culturales durant la saison des récoltes et la reconnaissance de la communauté. Le programme national de MTN et les partenaires ont au fil des années fourni des outils de motivation aux volontaires tels que des T-shirts gratuits et des certificats. En outre, les croyances selon lesquelles l'éléphantiasis est lié à la sorcellerie signifient que le programme devra prendre attache avec les guérisseurs traditionnels pour s'assurer de leur adhésion au TDM. Comme partenaires, nous pouvons citer l'USAID, le DFID, HKI, Sightsavers, et le CNTD.

Libéria: d'où vient l'optimisme du Libéria?

Madame Marnijina G. Moore (Marjin), la personne ressource de la FL a décrit le plan du Liberia pour parvenir à une couverture géographique du TDM de la FL de 100% au cours des deux prochaines années. La stratégie du programme est basée sur l'intégration du programme avec l'onchocercose, les STH, la schistosomiase, le ver de Guinée et l'ulcère de Buruli conduite par un seul directeur et une jeune équipe motivée. Le TDM pour la FL et les géohelminthiases a été associé à la plateforme du traitement à l'ivermectine sous directives communautaires (TIDC) qui couvre la totalité du pays. La relative petite taille du pays de 3,4 millions d'habitants a contribué au succès du TDM ainsi que le système de santé décentralisé qui permet aux départements et aux comtés de planifier et mettre en œuvre leurs propres interventions de MTN. L'engagement du gouvernement du Libéria et des donateurs comme APOC, DFID, CNTD et Sightsavers ont permis au programme d'augmenter le nombre des agents de santé et de distributeurs communautaires mieux entrainer après l'association de la FL avec la plateforme du TIDC.

Elle a cependant observé que même si les populations ne comprennent pas dans les détails la stratégie du MTN, il y a une forte demande de l'ivermectine de leur part, ce qui facilite l'association de l'albendazole au TDM. Malgré cela, on observe toujours des défis à relever tels que les infrastructures, la motivation des volontaires, les programmes verticaux, un budget gouvernemental limité, une pauvre collaboration intersectorielle et un manque de mécanisme de prise en charge de la morbidité.

Papouasie Nouvelle Guinée: Pourquoi la PNG rencontre tant de difficultés?

Le Dr. Leo Makita, Conseiller principal pour le paludisme et les maladies vectorielles a fait le point sur la situation de la FL dans la PNG où elle est endémique dans plusieurs districts et transmise par le vecteur de l'*Anopheles*. Soixante- dix pour cent de la population vivent dans les zones rurales. Il a relevé que le défi auquel la PNG reste confrontée, est de trouver suffisamment de ressources pour fournir des services de santé dans toutes les zones. Alors que le programme de lutte contre la FL avait réussi l'extension du TDM en 2004 en l'intégrant avec le programme de distribution de moustiquaires, les années qui suivirent ont connu une insuffisance de ressources pour la mise en œuvre unique du TDM.

L'utilisation du système de santé pour atteindre les personnes à risque n'a pas atteint les résultats escomptés puisque certaines zones ne possèdent pas de services de santé (là où les postes de santé ont dû fermer à cause des guerres tribales) ; de plus, le système de santé est décentralisé et les fonctionnaires dans chaque district doivent être motivés pour initier le TDM ; il y a également le coût relativement

élevé du TDM, la période de temps nécessaire pour finaliser le TDM en utilisant le personnel de santé et la rédaction de rapports non satisfaisants. En outre, il s'est avéré difficile de trouver un personnel de santé pour superviser les distributeurs volontaires, la logistique pour les médicaments et l'élaboration des stratégies de mobilisation sociale pour plusieurs communautés distinctes. Le succès des autres programmes tels que le paludisme s'est appuyé sur le partenariat privé pour la mise en œuvre des activités de santé, tels que le Rotary et a ainsi réalisé 95% de la couverture nationale pour les moustiquaires en un temps record.

Le Dr Makita a par la suite, présenté le résumé du futur plan de la PNG qui consiste à : regrouper des villages en des populations gérables pour le TDM, nommer et former plus de volontaires, choisir un jour fixe pour le TDM dans un district, le recrutement supplémentaire de fonctionnaires et assurer la disponibilité des médicaments et l'information adéquate. Le nouveau ministre de la santé a renouvelé l'engagement du gouvernement après sa participation à la réunion sur les MTN en Australie ; des partenaires tels que l'OMS, l'Université James Cook, l'institut de la recherche médicale et le secteur privé s'impliquent de plus en plus.

Discussion

Les participants ont fait des propositions pour le programme de la PNG telles que la comparaison des coûts en utilisant des volontaires communautaires et le recrutement d'une tierce personne pour la mise en œuvre, l'introduction dans les activités du Programme élargi de Vaccination, l'examen des solutions transfrontalières avec l'Indonésie, et explorer les réseaux d'infrastructures du secteur privé tels que la distribution des cellulaires, des liqueurs, etc.

Comment accélérer le processus?

Modérateur: Dr Frank Richards

L'Indonésie: de la couverture partielle à la couverture totale

La Directrice de la lutte contre les maladies vectorielles, le Dr. Rita Kusriastuti a résumé la situation de la FL en Indonésie, où 368 des 497 districts sont endémiques avec 125 millions de personnes à risque de la filariose bancroftienne et/ou à Brugia. Le programme définit le district comme une UE mais dans certains sous-districts, les districts sont en mesure de soutenir un seul TDM chaque année. En 2011, 98 districts ont conduit le TDM et 61 ont pu couvrir l'ensemble du district et 37 ont pu couvrir seulement quelques sous districts. En plus, certains districts ont conduit plus de cinq rondes de TDM, mais sont toujours endémiques. Ces difficultés ont conduit à des problèmes de mise en œuvre totale de la stratégie d'élimination et un appel a été lancé pour la mise en œuvre du TDM dans 80 districts par an à partir de 2012-2018. En vue d'accélérer les progrès, il faut améliorer la gestion du programme en renforçant le dépistage, la rédaction des rapports et l'enregistrement; impliquer la communauté dans l'enregistrement de la population; améliorer le suivi et la prise des médicaments ; et améliorer le système de référence pour les cas de SAE (effets secondaires graves). Il faut également renforcer la capacité en ressources humaines par la formation en planification et en surveillance, les capacités managériales, les capacités en communication, le suivi et l'évaluation.

Selon le Dr Kusriastuti, pour atteindre l'objectif d'élimination, ces éléments entrent tous en ligne de compte, à savoir, l'extension du comité national de la FL pour couvrir les MTN, le plaidoyer auprès des leaders éminents et des leaders locaux de l'Etat pour appuyer les coûts opérationnels, l'intégration avec le programme de santé dans les écoles pour les STH, les partenariats avec d'autres secteurs, l'implication des ONGD au niveau local et l'assistance des partenaires internationaux tels que l'OMS, l'USAID, l'AusAID, le RTI, le Rotary, World Vision, et le Réseau Mondial pour les MTN (GNNTD). En dépit du fait que les donateurs et le gouvernement se sont engagés à donner 12 millions de dollars US, le programme en Indonésie a un déficit de financement de 10 millions de dollars US.

Le Nigéria: Améliorer l'intégration pour assurer le financement

Le chargé du programme des MTN, Mr Chukwu Okoronkwo, a décrit la situation de la FL au Nigéria où plus de 106 millions de personnes sont à risque dans 541 unités administratives locales (LGA) sur les 705 qui ont été cartographiés. Seulement 175 LGA (32%) ont mis en œuvre le TDM en 2011, couvrant une population à risque de 33 millions, mais moins de la moitié des LGA ont pu atteindre l'objectif de couverture de 80% de la population éligible traitée. Le programme a débuté l'extension du TDM en 2009 dans les zones de co-endémicité avec l'onchocercose, avec 4,7 millions de personnes traitées en 2009, 10 millions traités en 2010 et 22 millions en 2011.

Il a souligné que le programme prévoit finaliser la cartographie d'ici mars 2013 avec l'appui de l'USAID et du DFID, mener des enquêtes de base dans les sites sentinelles, fournir une formation adéquate en technique et en gestion pour renforcer les capacités de planification et de coordination des coordonnateurs de l'Etat et faire des mises à jour complètes du recensement. Cependant, les plans pour accélérer les progrès ont été ralentis par une couverture inefficace du TDM dans les zones urbaines ce qui a ramené les taux globaux de couverture à la baisse. Les problèmes financiers en termes de financement inadéquat, la disponibilisation tardive des fonds consentis par les partenaires, et la dépendance de l'assistance des ONGD peuvent être résolu par le plaidoyer et la sensibilisation aux plus hauts niveaux, l'amélioration de la plateforme de mise en œuvre intégrée des MTN pour partager les ressources, et la mobilisation d'autres partenaires. Le programme doit également résoudre le problème des primes de motivation pour les CDD et les agents de santé du fait de l'insuffisance des fonds. La volonté des décideurs politiques d'étendre le TDM aux zones qui ne sont pas encore cartographiés ou sont non-endémiques pose problème de sorte que le programme prévoit faire plus d'activité de plaidoyer et de sensibilisation à l'intention des décideurs politiques à tous les niveaux.

Tanzanie: Introduction progressive dans leTDM

La présentation du Dr. Upendo Mwingira, Coordonnateur National des MTN, s'est portée sur l'intégration du programme avec les MTN en Tanzanie qui a enregistré cinq PCT pour les MTN et dix cas de prise en charge des MTN avec pour objectif de cibler 44 millions de personnes. Le programme suit le plan cadre stratégique des MTN mis en œuvre par la coordination des unités au niveau national, régional et du district. Le TDM de la FL est utilisée comme une plateforme servant à la formation des travailleurs de santé, la formation des enseignants et des CDD ; l'extension du TDM est progressive avec l'ajout d'une région par an. En 2011, 11,3 millions de personnes ont été traitées pour les MTN dans 76 unités d'exécution (50% de couverture géographique) avec l'objectif de faire une couverture géographique totale d'ici 2014.

En ce qui concerne les problèmes rencontrés par le programme, la mise en place d'un système de données de base sur les MTN est nécessaire pour envoyer directement les données collectées au niveau du centre de santé vers le niveau national pour les intégrer dans le système de gestion d'information de santé en vue de surmonter les difficultés liées aux retards dans la collecte de données et la rédaction des rapports. Le programme s'efforcera de faire un suivi du programme avec l'appui des partenaires pour maintenir au moins un site sentinelle dans chaque région, ainsi que le plaidoyer et l'appui pour la prise en charge de la morbidité à tous les niveaux. Il existe des problèmes techniques concernant

les outils appropriés et distincts pour toutes les MTN, le renforcement de la formation et l'appui d'un logisticien en médicaments. En ce qui concerne les problèmes administratifs, le Dr Mwingira a souligné qu'un plan stratégique et intégré au niveau pays ainsi qu'une planification conjointe des réunions sont nécessaires lorsque plusieurs partenaires sont impliqués comme le CNTD, le Schistosomiasis Control Initiative, RTI, IMA World Health, Sightsavers, et HKI. Le plaidoyer au niveau local est également nécessaire pour assurer la contribution du gouvernement local et l'engagement des partenaires d'autres secteurs. Pour le programme, les opportunités peuvent provenir d'un système de santé performant, l'existence de partenaires, les relations avec les interventions telles que l'Eau, l'Assainissement et l'Hygiène (WASH), la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations pour le paludisme, et l'élan mondial issu de la Déclaration de Londres.

Discussion

Les participants ont noté qu'il existe une tension entre l'extension et le fait d'assurer une couverture adéquate du traitement dans les zones qui administrent le TDM, mais selon eux, il serait plus judicieux d'assurer d'abord la couverture du traitement dans les zones actuelles avant de réaliser une couverture géographique.

Des propositions en vue de développer le plaidoyer et accroître le financement telles que l'utilisation des ministres/des députés et l'implication des banques africaines et asiatiques de développement. La décentralisation des systèmes de santé fiables au niveau district peut favoriser les progrès du fait que les services seront plus près des communautés et le niveau central sera ainsi plus libre pour se focaliser sur le plaidoyer et la coordination. Le problème de la découverte des points sensibles a été également évoqué, comme les grappes de transmission résiduelles dans les grands districts.

Stratégies pour réaliser la prévention des incapacités et la prise en charge de la morbidité

Modérateur: Ann Varghese

Le programme national pour la prise en charge du lymphœdème du Togo

La Coordinatrice de la FL, le Dr. Monique Dorkenoo, a fait un résumé des trois éléments constituant le programme national de prise en charge du lymphœdème : détecter et référer les cas, traiter et prendre en charge les cas, et le suivi évaluation. Dans chaque village, les chefs de village et les leaders communautaires sont chargés d'informer les communautés que toute personne ayant une jambe tuméfiée doit se rendre au dispensaire et ce message est renforcé à travers la télévision et les annonces radio, les posters et les crieurs publics. Un modèle national de formation des formateurs a été utilisé pour la formation des infirmiers/infirmières dans tout le pays et les agents de santé communautaires de sept districts endémiques. Le programme national fait une supervision périodique des infirmiers et des visites aux patients.

Elle a décrit les débuts du programme en 2007 dans sept districts endémiques avec l'extension dans tout le territoire en l'espace de deux ans. Même si le TDM de la FL a pris fin en 2009, le nombre de patients continue d'augmenter avec 1200 patients actuellement sous traitement et 32% vivant dans des districts non endémiques où le TDM de la FL n'était pas nécessaire. Il faut financer la recherche opérationnelle en vue de déterminer la faisabilité d'un programme national de lutte contre la morbidité avec un fonds de démarrage destiné à la formation, au matériel IEC, aux kits de lavage et à la supervision. Le système de santé décentralisé et opérationnel sert de plateforme pour le programme dont l'objectif est de continuer à fournir des services même après avoir atteint l'objectif d'élimination de la FL en 2015. Le ministère de la santé continue de maintenir les postes du personnel de coordination du programme de lute contre la FL même après l'arrêt du TDM et soutient les activités de supervision. Cependant, selon le Dr Dorkenoo, des défis restent à relever en ce qui concerne la grande mobilité du personnel qualifié et l'adhésion dans le long terme des patients, les formations de recyclage, et les activités continues sur la communication des changements de comportement.

Appui communautaire pour les patients du lymphœdème

Mr Jonathan Rout, Chargé de programme des Eglises Auxiliaires pour l'Action Sociale en Inde a fait une présentation sur leur projet d'appui communautaire pour les malades du lymphœdème dans l'Etat très endémique de Orissa, où on estime que 3,5 à 6,3 millions de personnes sont infectées par la FL. L'approche multiforme comprend l'éducation en santé pour toute la communauté, l'enregistrement des patients, la formation extensive, le suivi des patients et l'évaluation de l'impact. Au cours d'un recensement de 215 515 ménages, on a retrouvé 27 671 personnes souffrant du gonflement de la main, des seins de l'hydrocèle ou du lymphœdème. Par village, on a pu former au moins un volontaire du groupe de travail de la FL et délivrer des certificats de prise en charge du lymphœdème et en soins de premiers secours ; le volontaire, à son tour, distribue des posters et des dépliants de porte à porte. Les volontaires font un suivi étroit à raison de 20 patients par volontaire.

Le projet soutient également les peintures murales et les animations de rue pour sensibiliser sur le TDM et la prise en charge des soins des pieds, initier des formations sur le terrain et dans les classes sur la prise en charge du lymphœdème à l'intention des élèves, des membres de famille, des volontaires villageois et des paramédicaux. Les patients reçoivent du savon, des crèmes antifongiques, des serviettes, des chaussures et un livret contenant les 365 jours pour le suivi des exercices et de l'hygiène de routine. Une étude d'impact fait état de l'amélioration de la qualité de vie parmi les patients, le lavage quotidien étant associé à un faible taux d'incapacités. La fréquence des crises aiguës est l'indicateur le plus fort des incapacités. En outre, une étude du CDC a montré qu'il était préférable d'associer la couverture du TDM dans les districts au programme de prise en charge du lymphœdème (90,2) au lieu d'administrer uniquement le TDM dans les districts (52-59%) ou d'administrer uniquement un programme pré-TDM à base communautaire (75%) [6].

Nouvelles options thérapeutiques pour le lymphœdème

Le Dr Achim Hoerauf, Président du Département de Microbiologie Médicale à l'Université de Bonn, a présenté les résultats des dernières recherches visant à déterminer si la doxycycline améliorait le lymphœdème filarien chez les patients ayant un antigène filarien positif. (par ex. ceux ayant une infection en cours) de même que les patients ayant un antigène négatif [7]. L'effet de la doxycycline, qui un antibiotique ciblant le *Wolbachia* ainsi que les bactéries exogènes, a été également comparé à l'amoxicilline qui est un antibiotique qui cible les bactéries exogènes uniquement. L'étude a utilisé trois moyens de traitement : i) la doxycycline, 200mg/jour pendant 6 semaines et la prise en charge de l'hygiène, ii) l'amoxicilline, 1000mg/jour pendant 6 semaines et la prise en charge de l'hygiène et iii) les médicaments placebo et la gestion de l'hygiène. 40 patients environ étaient dans chaque rubrique de moyen utilisé, dont la majorité se trouvait aux stades 1-3. Le Dr Hoerauf a présenté les résultats du bénéfice de la doxycycline par le recul ou la halte de la progression des premiers stades de lymphœdème, indépendamment du fait que les patients ont une infection active ou pas. Les résultats

laissent croire que la doxycycline pourrait avoir un effet anti-inflammatoire qui le rend supérieur aux autres antibiotiques. Sur les patients traités à la doxycycline, 37% ont noté une amélioration du stade de leur maladie, comparé à 3,2% des patients traités à l'amoxicilline et 5,6% pour le placebo. Un manque de progrès a été observé dans les stades très aigus chez 95% des patients traités à la doxycycline, 71% à l'amoxicilline et 44% au placebo. Néanmoins, il faut étendre la recherche chez les patients des stades 4 et plus, ainsi que la reproduction de cette recherche dans d'autres lieux. L'étude a recommandé de donner la doxycycline pendant 6 semaines aux patients du lymphœdème une fois tous les deux ans à inclure dans la prise en charge de la morbidité.

Le projet africain de prise en charge de la FL

Le Dr Sunny Mante, coordonnateur de la chirurgie pour le projet de prise en charge de la morbidité a expliqué son objectif de renforcement de capacités pour la chirurgie de l'hydrocèle filarien, la chirurgie plastique reconstructive pour le lymphœdème des organes génitaux et la thérapie de l'hygiène pour le lymphœdème. Une évaluation de 2006 du projet pilote appuyé par la BMGF pour la formation des chirurgiens de l'hydrocèle a pu couvrir 399 des 1771 patients qui ont reçu l'hydrocélectomie ; il est ressorti que 92% des patients étaient "très satisfaits" de la chirurgie. Mais on a perdu de vue plusieurs patients pour réaliser le suivi étant donné qu'ils sont repartis au travail ou pour les culturs de saison.

Le projet a pu s'étendre dans 10 pays de l'Afrique occidentale en plus de la Tanzanie, du Malawi grâce au financement de Santé et Développement International et des Volontaires Mondiaux en Urologie, par la formation en hydrocélectomie de 469 personnes dans 12 pays et l'opération de 3975 personnes au cours de la formation. Une version révisée du manuel de chirurgie explique la technique utilisée à savoir le retrait total du sac scrotal et sans drainage [8].

Depuis 2011, la formation sur la chirurgie de la hernie a été explicitement incluse dans ces formations étant donné qu'il est difficile de faire la différence entre les patients souffrant d'hydrocèle et ceux souffrant de la hernie avant l'opération ; cela est dû au fait que les patients souffrant de hernie se présentent pour la chirurgie lorsque la chirurgie de l'hydrocèle est proposée.

Le Dr Mante a souligné que présentement, quatre ateliers sont prévus pour se tenir au Ghana et en Sierra Léone (deux dans chaque pays) grâce à l'appui des Volontaires Mondiaux en urologie et Johnson & Johnson ; mais le projet prévoit s'étendre en Afrique de l'Est et en Asie. Comme 25 à 40% des adultes males souffrent d'hydrocèle dans les zones de forte endémie, il y a nécessité d'étendre l'accès à la chirurgie, fournir de l'appui aux patients souffrant de hernie, rédiger les rapports et évaluer les chirurgies en cours dans tous les pays et s'assurer que les techniques de chirurgie de l'hydrocèle sont incluses dans la formation de routine en médecine dans les pays endémiques. Il existe également un besoin de renforcement des capacités des chirurgiens plasticiens sur la chirurgie reconstructive pour le lymphœdème génital. Finalement, alors que deux articles sur la chirurgie de l'hydrocèle ont été publié récemment, [9], [10], le plaidoyer doit être développé et les résultats publiés.

Discussion

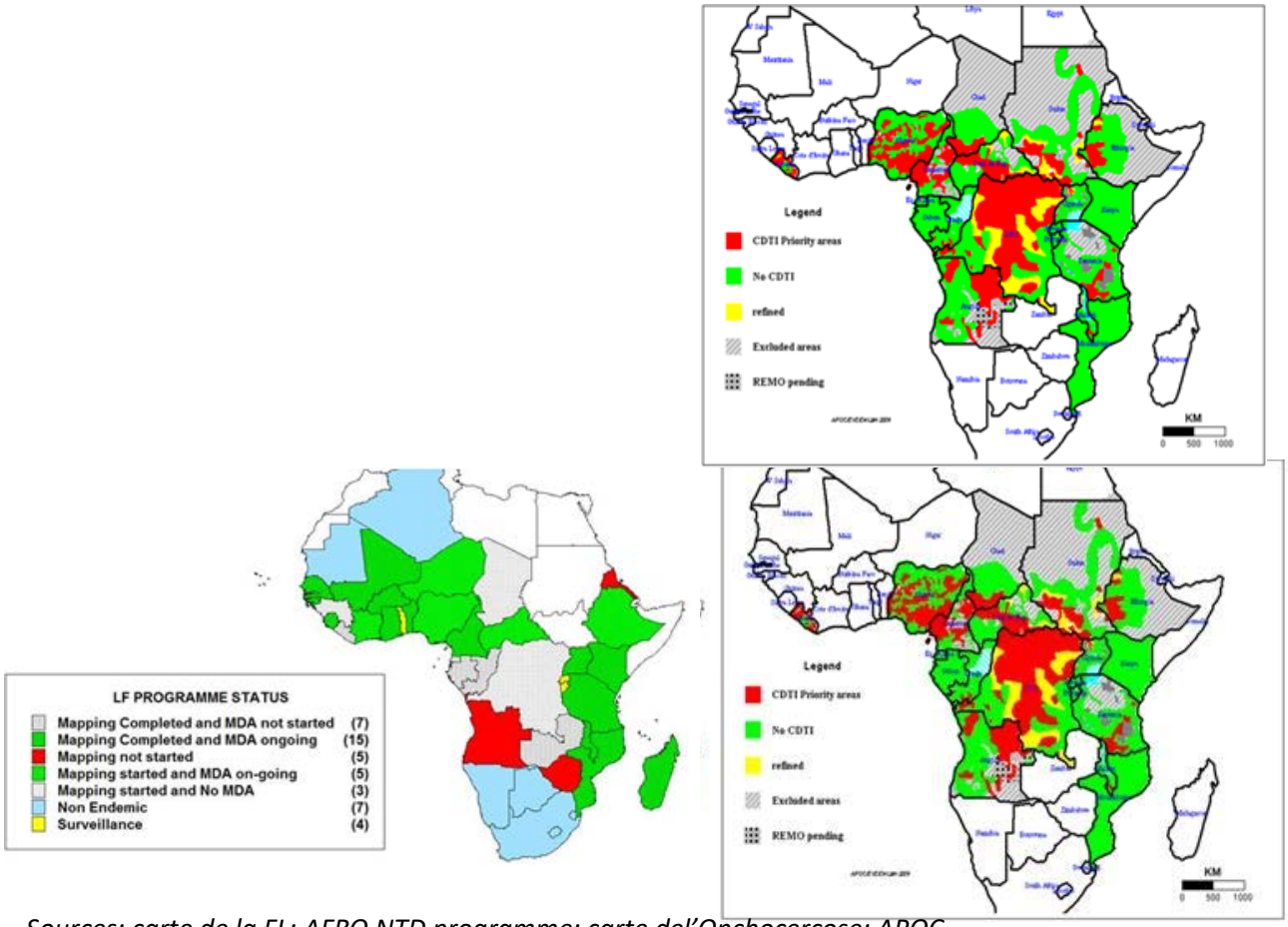
L'intégration de ces activités avec d'autres maladies était le thème principal de discussion. Le projet africain de la morbidité de la FL prospectait la mise en place d'ateliers conjoints pour l'hydrocèle, le lymphœdème génital et la fistule urogénitale ; mais cela pourrait s'avérer difficile de combiner les formations pour les chirurgiens des districts en charge de l'hydrocèle avec les gynécologues chargés de la fistule urogénitale. Le traitement des patients souffrant de la podoconiose avec ceux souffrant de lymphœdème a été perçu comme utile, étant donné que la prise en charge est similaire. De plus, il est important que les rapports sur ces activités dans les pays soient envoyés à l'OMS et il faut faire la collecte des données dans les hôpitaux sur le nombre des interventions, les taux de complication et la récurrence

Relier les programmes

Nouveaux partenariats avec l'onchocercose

Le Dr Adrian Hopkins, Directeur du Programme de donation du Mectizan®, a fait une présentation sur les raisons qui sous-tendent le partenariat avec l'onchocercose: imbrication des maladies affectant des populations données, maladies ayant des agents pathogènes filariens similaires, recommandent des traitements similaires, emploient des méthodes de S&E semblables et sont confrontés aux mêmes problèmes. Tandis que les pays où la FL et l'onchocercose sont endémiques sont complètement imbriqués, la co-endémicité est observée dans quelques districts seulement (Figure 6).

Figure 6. Chevauchement de la FL et de l'onchocercose en Afrique



Sources: carte de la FL: AFRO NTD programme; carte del'Onchocercose: APOC

Les vers adultes de la FL et de l'onchocercose produisent des microfilaires ; les microfilaires de la FL sont présents dans le sang la nuit et celles de l'onchocercose dans la peau, mais les deux peuvent être traitées au Mectizan, même si l'albendazole est nécessaire pour la FL. Les stratégies de distribution sont identiques, elles utilisent toutes le TDM. Cependant, les spécificités sont importantes pour le suivi et l'évaluation des stratégies d'élimination. Au cours de la chimiothérapie préventive, l'ivermectine est utilisée pour les deux maladies tandis que le programme de lutte contre la FL introduit l'albendazole. Pour le S&E, les deux programmes ont besoin d'un meilleur diagnostic, étant donné que les prélèvements de morceaux de peau et les prélèvements nocturnes de sang ne sont pas très populaires et les tests sérologiques existants requièrent une validation supplémentaire. Ce qui entraine une nécessité de renforcer les capacités humaines et des laboratoires pour conduire les enquêtes entomologiques et parasitologiques dans les deux programmes. De plus, les méthodes de S&E sont très coûteuses et devront inclure les enquêtes parasitologiques, entomologiques et sérologiques pour l'élimination de l'onchocercose.

En termes de défis communs aux deux programmes, nous avons les insuffisances en cartographie pour la FL et l'onchocercose, ainsi que les problèmes transfrontaliers dans les zones de conflit tels que le sud Soudan et les pays environnants. Les deux programmes trainent les pieds dans l'atteinte des objectifs pour l'extension. Plus particulièrement si l'onchocercose tend vers une stratégie d'élimination, il y a 18 millions de personnes vivant dans des zones de prévalence nodulaire de 5 à 15% qui n'ont pas accès au traitement actuellement (sans compter la République centrafricaine, le Soudan et la République Démocratique du Congo). Quatre-vingt pour cent des personnes non encore couvertes par le traitement de la FL vivent dans neuf pays, la plupart sont soit sous traitement de l'onchocercose tel que le Nigéria, ou ont découvert de nouvelles zones endémiques de l'onchocercose ayant également besoin de traitement tel que l'Ethiopie. Enfin, la loase constitue un obstacle majeur pour les deux programmes dans les zones de co-endémicité de l'Afrique centrale, tel que le Cameroun, la République Démocratique du Congo, le Congo et la Guinée Equatoriale, avec 30 millions de personnes à risque pour la loase (sur la base des personnes vivant dans des zones ayant plus de 20% sur l'échelle de RAPLOA). Dans les zones où l'onchocercose est méso- ou hyper-endémique et co-endémique avec la loase, le traitement peut être réalisé. Etant donné que 1 à 2% des personnes peuvent être infectées dans les zones où le traitement de la FL est prescrit, il est très risquant d'administrer l'ivermectine dans les zones où la loase est présente à cause des effets secondaires très graves qui peuvent survenir du fait des taux élevés de la microfilarémie de la Loase. Le programme de lutte contre la FL est en train de reconsidérer la stratégie d'utiliser l'albendazole deux fois/an et des moustiquaires dans ces zones.

Pour terminer, le Dr Hopkins a relevé les opportunités de synergie en matière de cartographie intégrée, de formation conjointe, de tenue de registres de traitements combinés, d'administration de TDM simultané, de S&E conjoint et d'évaluations épidémiologiques conjointes.

Il s'est adressé à l'ensemble du groupe en leur disant de ne pas se contenter de voir juste les bénéfices en exploitant les synergies pour les deux programmes, mais de voir les activités de la FL et de l'onchocercose comme une seule activité en Afrique.

Pour terminer, le Dr Hopkins a relevé les opportunités de synergie en matière de cartographie intégrée, de formation conjointe, de tenue de registres de traitements combinés, d'administration de
TDM simultané, de S&E conjoint et d'évaluations épidémiologiques conjointes.

Il s'est adressé à l'ensemble du groupe en leur disant de ne pas se contenter de voir juste les bénéfices en exploitant les synergies pour les deux programmes, mais de voir les activités de la FL et de l'onchocercose comme une seule activité en Afrique.

Extension des bénéfices

Le Dr David Addiss, Directeur de Children Without Worms, a fait un résumé des bénéfices secondaires résultant du programme de TDM de la FL. Le programme de lutte contre la FL a permis à la communauté chargée des STH d'avoir une claire vision de l'élimination avec une plateforme pour les activités intégrées des MTN liée au TDM et au S&E. De 2001 à 2011, le TDM de la FL a fourni deux millions de traitements à l'albendazole ce qui a également permis de traiter les STH. Par exemple, en 2010, le rapport de l'OMS faisait état de 57% des enfants d'âge scolaire traités pour les STH et ayant reçu ces médicaments par le biais des programmes de la FL. Dans les zones ayant des programmes de FL, toutes les communautés sont traitées pour la FL, ce qui accentue l'impact dans les zones administrant un traitement pour les STH uniquement dans les écoles. En termes de S&E, la plateforme TAS de la FL pourrait également servir pour collecter des informations sur les STH.

Cependant, le Dr Addiss a appelé à la prudence car, souvent les bénéfices du programme de lutte contre la FL ne parviennent pas à ceux souffrant des maladies liées à la FL. La raison d'être des deux piliers du programme de lutte contre la FL vient des mots issus de la résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé- son élimination en tant que problème de santé publique- incluant les personnes présentant les signes cliniques de la maladie et pas uniquement celles qui sont infectées. On constate que les soins fournis à l'égard des personnes souffrant de maladies liées à la FL accroissent aussi l'acceptabilité et l'adhésion au TDM. En outre, la fourniture des soins à ces personnes est plus que nécessaire et témoigne de la compassion à leur égard. Mais selon les données de 2010, seuls 27 pays d'endémie (33%) avaient des programmes actifs de prise en charge de la morbidité.

Les quatre composantes de base de la lutte contre les MTN comprennent la chimiothérapie préventive (généralement la composante la plus importante et le plus souvent avec un bénéfice clinique direct) ; la lutte antivectorielle ; l'eau, l'assainissement et l'hygiène; et les soins cliniques. Dans le programme de lutte contre la FL, la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités (MMDP) se placent loin derrière la chimiothérapie préventive, tandis que dans le programme des STH, les activités liées à l'eau, l'assainissement et l'hygiène se placent de même loin derrière la chimiothérapie préventive. Le

programme du trachome a cependant une approche assez équilibrée avec les quatre composantes de la stratégie SAFE- chirurgie, antibiotiques, propreté du visage et amélioration de l'environnement. Pour que le programme de lutte contre la FL parvienne réellement à l'élimination, il devra être intégré aussi bien à l'interne en termes de TDM, de lute antivectorielle et d'activités du MMDP qu'à l'externe avec d'autres programmes de santé. Un modèle d'intégration du MMDP à l'externe a été décrit dans le cadre 'des jambes pour se tenir', qui identifie les éléments communs au traitement tels que la FL, le diabète, la lèpre et l'ulcère de Buruli.

Le Dr Addiss a cité un autre bénéfice du GPEFL dans le contexte de la citation de Bill Foege 'voir les visages' derrière tout ce que nous entreprenons- c'est-à-dire avoir une réponse de compassion à la souffrance.

Le GPEFL représente une réponse de compassion à la souffrance liée à la FL et intègre les trois éléments essentiels de la compassion, à savoir : i) la prise de conscience de la souffrance, ii) l'empathie et iii) l'action. Des publications se focalisent sur la prise de conscience de la souffrance comme les études sur la détresse psychologique et l'incapacité dues aux maladies liées à la FL. En termes d'accompagnement émotionnel des patients, il a relaté le pouvoir des histoires personnelles – sur le fait de « voir les visages » pour ceux qui travaillent dans l'élimination de la FL. Et pour finir, la compassion doit mener à l'action. L'ampleur de l'action du programme global de la FL est à tous les niveaux impressionnant. En dépit du fait que le GPEFL est un exemple 'de grand élan de compassion', l'expression même de cette compassion est confrontée à plusieurs défis importants. Il est difficile de voir continuellement ces visages lorsqu'on travaille avec des millions et des milliards de populations et en traversant de grands espaces géographiques. Le programme mondial a également besoin d'agir au travers de systèmes complexes d'institutions, chacun ayant son propre programme et des motivations concurrentielles. Le Dr Addiss a demandé au groupe de maintenir le focus sur l'interruption de la transmission de la FL tout en étendant sa vision périphérique pour inclure ceux qui vivent avec la maladie de la FL; d'unir les activités du programme de lutte contre la FL à travers différents secteurs du système de santé; de voir les visages et les nombres au même moment ; et de combiner la compassion pour les individus à l'action au niveau de la population.

Deux programmes: un objectif partagé – la FL et le Trachome

La présentation du Dr Teshome Gebre, Représentant Régional pour l'Afrique à International Trachoma Initiative (ITI), s'est porté sur les objectifs partagés et les points communs entre la FL et le trachome. Les deux maladies sont contractées dans la prime enfance avec des complications très douloureuses et très incapacitantes qui apparaissent plus tard dans la vie. En Afrique, neuf pays présentent des insuffisances en cartographie pour la FL et dix neuf pour le trachome ; dans les zones où il existe un chevauchement possible, on peut coordonner la cartographie pour économiser les ressources. Les stratégies utilisées par les deux programmes intègrent le TDM et la prise en charge de la morbidité, alors que pour le trachome, les activités préventives de lavage du visage et de l'amélioration de l'environnement sont incluses. En vue de réaliser les objectifs du trachome d'ici 2020, 4,6 millions de personnes ont besoin de chirurgie, ce qui

signifie qu'il faut augmenter le nombre de chirurgies de 160000 à 500000 par an. On sait que plus de 200 millions de traitements pour le trachome ont été fourni depuis 1998, mais 380 millions de traitements sont encore nécessaires avant 2020. Le Dr Gebre a soulevé les débats sur les différents perceptions en matière de combinaisons des interventions du programme à savoir: i) responsabiliser les CDD dans la prise en charge de l'ensemble du TDM par une planification, une formation et une mise en œuvre conjointes ; ii) la co-administration des médicaments là où c'est possible sur la base des résultats des essais cliniques en cours pour l'ivermectine, l'albendazole et l'azithromycine ; iii) un S&E conjoint ; et iv) l'initiation de mécanismes de coordination des MTN au niveau national, régional et sous-régional ou des examens annuels plus restreints et plus techniques utilisant les forums sous-régionaux pour résoudre les problèmes transfrontaliers.

En dehors de la FL et des autres MTN, il a proposé d'autres liaisons avec le VIH-SIDA, la tuberculose, et le paludisme comme l'approche hebdomadaire de'Maltra' qui a permis de toucher plusieurs millions de personnes par le TDM et la distribution des moustiquaires en Ethiopie.

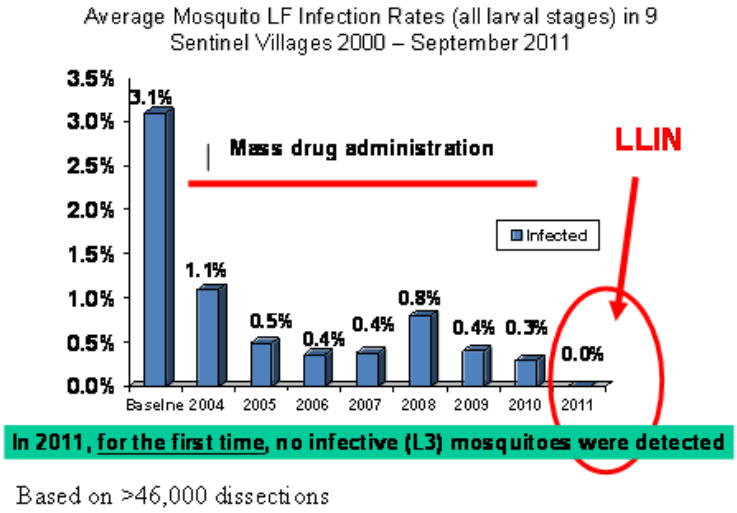
Il a ensuite évoqué les problèmes non encore résolus qui ralentissent l'atteinte des objectifs tels que les insuffisances dans le changement de comportement, l'hygiène et l'assainissement, et des stratégies de mobilisation communautaire efficaces. Des appréhensions existent quant aux résultats des enquêtes de couverture du TDM ; par exemple, les résultats de couverture en Ethiopie étaient de 49% lors des enquêtes, tandis que les infrastructures sanitaires ont rapporté plus de 85% de couverture. Ainsi, lors des évaluations des impacts, il s'est avéré que très peu de districts avaient des niveaux d'infection de TF en deçà de 10% après trois ou cinq rondes et doivent de ce fait continuer le TDM. Enfin, la communauté contre les MTN se doit de trouver le niveau d'intégration et de coordination le plus efficace au sein des partenaires et des donateurs à tous les niveaux. Il a prévenu que si les programmes de la FL et du trachome ne commencent à agir différemment, l'objectif d'élimination de 2020 ne sera pas atteint.

Partenariat avec les programmes de paludisme

Le Dr Frank Richards, Directeur des programmes du paludisme, de la cécité des rivières, de la filariose lymphatique et de la schistosomiase au Centre Carter a présenté l'expérience du Nigéria pour relier la FL au programme de paludisme, l'*Anopheles gambiae* étant le premier vecteur des deux maladies. Une déclaration de position de l'OMS en 2011 sur la prise en charge intégrée du vecteur (IVM) a expliqué que la politique d'utilisation de l'IVM pour lutter contre le paludisme et la FL revêt une importance épidémiologique [10]. Dans les Etats du Plateau et de Nasarawa au centre du Nigéria, le Centre Carter a mis en place les activités de la FL intégrées à l'onchocercose, la schistosomiase et le paludisme depuis 1998. Au cours de cette période, le programme a pu réaliser une dissection de 80000 moustiques, procédé inclus dans le suivi entomologique de la FL, en utilisant les pourcentages à tous les stades larvaires (L1, L2, et L3 mais sans inclure les stades des mf) et en utilisant uniquement les stades larvaires infectieux (L3) comme indicateurs clés. Le programme a observé une baisse dus taux d'infection des moustiques à tous les stades larvaires au cours du TDM, pour une réduction moyenne de 85% (3,1%

à 0,3%) en 2010, après au moins 7 ans de TDM (Figure 7). On a également retrouvé les L3 de manière sporadique dans les dissections.

Figure 7 : Taux d'infection moyens des moustiques de la FL dans neuf villages sentinelles



En 2010, plusieurs millions de moustiquaires imprégnées à longue durée (LLIN)- deux moustiquaires par ménage- ont été distribué dans les Etats du plateau et de Nasarawa comme partie intégrante d'une campagne de distribution massive de plus de 65 millions de LLIN sur l'ensemble du territoire nigérien. Un an après la distribution des LLIN, le suivi entomologique dans les villages sentinelles de la FL a enregistré 0% d'infection des moustiques par les larves de stade L3, de même que 0% de moustiques infectés à tous les stades larvaires. Les résultats préliminaires de 2012 n'ont également pas montré d'infection par les moustiques. Il y a donc une synergie entre les LLIN et le TDM.

Au sud-est du Nigéria, le TDM ne peut pas être administré à cause des problèmes liés aux effets secondaires due à la co-endémicité avec l'infection de la loase ; le Centre Carter a étudié l'impact entomologique des LLIN uniquement (sans le TDM) dans la réduction de la transmission de la FL. L'utilisation des LLIN uniquement montre une réduction de 84% des taux d'infection de toutes les larves de moustiques, comparé aux zones distribuant les LLIN avec le TDM, où on a observé 100% de réduction. En 2011, et au niveau de ces deux zones, on n'a pas retrouvé des larves de stade L3. Ce qui indique l'arrêt de la transmission de *W. bancrofti* – même si dans les zones distribuant les LLIN, elle pourrait ne pas s'interrompre puisque l'arrêt de l'utilisation des LLIN peut conduire à un retour rapide de la transmission.
Plus de 90% du territoire nigérien a été cartographié pour la FL avec plus de 106 millions de personnes à risque dans 541 zones administratives locales (LGA). Cependant, seuls 19% des LGA administrent actuellement le TDM pour la FL. Au contraire, presque tous les Etats ont finalisé la distribution des

LLIN en 2010 et finaliseront le processus en début d'année 2013. Si les résultats de l'impact entomologique s'avèrent fiables dans toutes les zones ayant une bonne couverture de LLIN, les programmes de la FL peuvent se féliciter d'avoir réalisé un impact majeur sur la transmission, en dépit du fait que l'extension du TDM se fait au ralenti. Les partenaires du GAEFL doivent encourager, et même aider le programme du paludisme à atteindre ses objectifs de couverture et d'utilisation des LLIN puisque cela est à l'avantage du programme de lutte contre la FL !

En se basant sur les efforts de plaidoyer utilisant des personnalités politiques telles que l'ancien chef d'Etat, le Général Dr. Yakuku Gowon, le Center Carter a sponsorisé une rencontre conjointe au niveau national des programmes de lutte contre la FL et le paludisme en mars 2012. La réunion a présenté les découvertes du suivi entomologique, l'extension planifiée des activités de la FL et du paludisme et la prise de conscience des bénéfices de l'intégration, comme le fait que l'infection des vers intestinaux aggrave les conséquences du paludisme. L'autre bienfait du TDM de la FL par la distribution de l'albendazole contre particulièrement l'ankylostome à l'ensemble de la communauté, aboutit à une baisse de la prévalence de l'anémie. L'anémie sévère comptabilise la moitié des décès dus au paludisme chez les enfants et les femmes en Afrique et la co-infection du paludisme et des vers intestinaux, aggrave l'anémie. En outre, les réseaux à base communautaire de la FL peuvent être utilisés pour aider à la distribution des LLIN et mettre en œuvre le suivi annuel de l'appropriation, de l'utilisation et de l'état des LLIN. Finalement, la communication pour le changement de comportement peut être renforcée en présentant la protection offerte par les LLIN contre le paludisme et la FL, les adultes étant plus motivés à dormir sous les moustiquaires pour se protéger du lymphœdème et de l'hydrocèle que de la fièvre du palu vue comme une infection chez les jeunes enfants.

Discussion

La question du Dr Onyeze était de savoir comment la communauté mondiale de la FL pouvait étendre ces approches au niveau national et régional. Il a ainsi exposé la stratégie de la région Afrique de l'OMS sur l'approche '4 1' qui intègre le partenariat, la planification, la fourniture et un suivi-évaluation communs visant à rendre la vie meilleure à leurs semblables qui sont à risque ou sont déjà infectés. La priorité de la région Afrique est d'avoir des plans et des fora nationaux de MTN d'ici 2013, avec des nouveaux mécanismes de RPRG au niveau régional. La composante la plus difficile pour le travail des MTN en Afrique n'est pas tant la disponibilité des médicaments et des outils que de parvenir à rassembler les divers objectifs, les organisations et les personnalités.

Les participants se sont accordés pour reconnaître qu'il y a un impératif moral à se pencher sur les synergies dans la collaboration et la coordination. Il est important de statuer clairement sur les besoins des communautés souffrant de la FL par rapport aux autres programmes; par exemple, que voulons-nous exactement des programmes et organisations œuvrant dans le domaine du paludisme, de l'eau, de la morbidité et du renforcement du système de santé ? Nous devons bien articuler l'aide que le programme de lutte contre la FL peut apporter aux autres programmes dans l'atteinte de leurs objectifs. Le programme de lutte contre la FL a besoin de plaidoyers solides et des données de qualité pour persuader d'autres programmes « qu'elle n'est pas juste là pour l'argent ». Les défis qui se posent quant à la traduction des bons exemples de collaboration présentés au cours de cette réunion dans d'autres structures des pays ont été débattus ainsi que les difficultés pour les

répliquer dans d'autres lieux et la nécessité pour les nouveaux programmes d'avoir accès à l'information.

GAELF: Chapitre suivant

Modérateur: Dr Mwele Malecela

Le Dr Malecela, Directeur Général de l'Institut National de la Recherche en Tanzanie, a ouvert la session finale par un dicton Swahili: ' pour savoir d'où vous venez, il faut regarder en arrière et voir où vous étiez ». Elle a évoqué le fait que le GPEFL ait réalisé de grands progrès depuis 2000- avec des programmes nationaux plus solides, un leadership plus développé au niveau pays, un focus sur les pays et les patients et une reconnaissance de l'importance des données fiables et de la reche

Partenariats stratégiques

Le Directeur Général du Réseau Mondial pour les MTN, le Dr Neeraj Mistry, a débattu des éléments essentiels pour des partenariats stratégiques au niveau pays, comme la confiance, des objectifs clairs, des rôles et des responsabilités spécifiques. Les contributions pour le programme de lutte contre la FL devront être centrées sur les compétences des partenaires tels que l'implication des hommes d'affaires qui sont mieux outillés en logistique et en distribution que les médecins. Les programmes doivent comprendre la motivation qui sous-tend l'implication de chaque partenaire, que ce soit l'utilisation de leur logo, un t-shirt gratuit ou le fait de rehausser leur image publique.

Pour la bonne marche des programmes (et des partenariats), des leaders charismatiques sont nécessaires pour convaincre les gouvernements et les partenaires pour appuyer le travail des MTN. Le GAEFL doit former des leaders de programmes nationaux qui ont les capacités nécessaires et assez de confiance en eux pour négocier des partenariats au niveau pays. Il a par la suite, donné des exemples de partenariats potentiels, tels que la location de véhicules chez les concessionnaires de voitures durant le TDM, les compagnies de téléphonie mobile faisant don des coûts d'envoi des rapports sur le TDM, les chaînes de cinéma présentant des courts métrages de sensibilisation dans les cinémas mobiles des zones rurales, les artistes locaux ou les célébrités faisant le plaidoyer pour les MTN ou des sociétés offrant des T- shirts. Le Dr Mistry a recommandé que lors des revues des programmes nationaux, des personnes externes issues du monde des affaires ou des medias soient impliquées pour pouvoir disposer d'un autre point de vue sur les succès et les défis des programmes. Il a indiqué qu'une évaluation complète des liens entre le VIH-SIDA, la tuberculose, le paludisme et les MTN a été envoyée au Fonds Mondial pour le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) pour les encourager à approuver des propositions qui incluent les activités des MTN. Pour finir, il a imploré le groupe d'user de son ardeur contre l'injustice pour un plaidoyer au nom des MTN puisque nous représentons la seule voix pour la plupart de ces communautés.

L'avenir du GAEFL après la déclaration de Londres - Professeur David Molyneux

Après la réunion en janvier sur la Déclaration de Londres et la réunion de suivi à Washington qui vient juste de s'achever, il sied de réfléchir sur le GAEFL en tant que partenariat dans un environnement changeant- un environnement changeant pas seulement en termes de santé mondiale mais également d'environnement économique et politique. Dans ce contexte, il serait bien de regarder en arrière lorsqu'en 2000, le GAEFL a été initié à Santiago de Compostelle.Le terme Maladies Tropicales

Négligées (MTN) n'avait pas encore été créé, il y avait seulement quelques dons pour des maladies spécifiques ; seules 9 millions de personnes ont été traitées la première année au cours du lancement du Programme Mondial d'Elimination de la Filariose Lymphatique (GPEFL) et la vraie force des dons pharmaceutiques, combinés et élargis maintenant, n'avaient pas encore été recueillis. La Fondation Bill & Melinda Gates était dans sa phase embryonnaire. Durant les premières années de la décennie, le rôle respectif du GPEFL et du GAEFL était confondu et portait à confusion. Cela a créé des tensions entre l'OMS et ses partenaires, les deux parties tentant de comprendre comment un programme et une alliance pouvaient interagir. Ces tensions ont perduré de 2000 à 2004 lorsqu'au GAEFL3 au Caire, la séparation des rôles a été clarifiée entre les responsabilités programmatiques de l'OMS et de ses états membres. La fonction du GAEFL a été reconnue comme devant se focaliser sur le partenariat, la mobilisation des ressources et le plaidoyer, servir de forum d'interaction pour toutes les parties concernées, indépendamment de leur circonscription mais ayant un secrétariat basé en dehors de l'OMS. Le modèle a été développé par l'actuel Directeur Général adjoint de l'OMS, Dr Asamoah Baah, pour refléter la nature mondiale du programme et de la maladie, les spécificités et les différences régionales et la nécessité d'un système de gouvernance représentatif.

L

La mobilisation des ressources spécifiques à la FL fut difficile au cours des premières années jusqu'à la survenue d'un grand changement avec l'émergence du département des MTN sous le Dr Asamoah Baah au milieu de 2005 suivi de la2è réunion OMS/GTZ à Berlin. Cette rencontre a servi de plateforme pour l'expansion de la marque MTN et pour développer l'idée de la lutte intégrée contre les MTN par la chimiothérapie préventive, une stratégie exposée dans un document de l'OMS en 2006. C'est seulement lorsqu'un plaidoyer concerté a émergé des deux côtés de l'Atlantique que l'on a constaté une augmentation des fonds en 2006, tout d'abord de l'USAID et ensuite du Département Britannique pour le Développement International en 2008 (DFID). Le supplément de financement très consistant obtenu en 2006 a servi d'appui à l'expansion du GPEFL. Le GAEFL peut s'attribuer le mérite d'avoir offert une

plateforme pour le plaidoyer et d'avoir convaincu les deux donateurs bilatéraux sur, non seulement le cas des MTN mais de l'importance de la FL au sein de ce portfolio. L'évidence même que les programmes de lutte contre la FL des pays africains sont devenus une plateforme importante pour l'intégration de la lutte contre les MTN par l'efficacité à large spectre de l'ivermectine et de l'albendazole a renforcé la pertinence de la FL dans un contexte plus large. En effet, on peut décrire un programme de FL comme étant « trois programmes réunis en un seul » : avec un programme de FL actif au moins pendant la durée des distributions annuelles, la lutte contre l'onchocercose et les géohelminthiases est possible sans des coûts supplémentaires de fourniture. D'où l'importance de tels programmes en termes de rentabilité. En effet, on acquiert plus de santé à moindre coût, donc rentable, un faible coût unitaire et avec peu d'effets secondaires reconnus. De manière générale, 2 milliards de traitements pour la FL ont été donnés à ce jour et le taux d'extension justifie cette déclaration « c'est le programme de santé publique à extension rapide de l'histoire » avec le plus faible coût unitaire pour le traitement ; en Asie, le DEC coûte 0,01$US par traitement. L'histoire montre également que le plan stratégique de l'OMS de 1999 à 2010, développé par James Cheyne sur la FL correspond remarquablement aux objectifs décrits dans ce document. Depuis 2001, la communauté des malades de la FL dans le monde a bénéficié des dons généreux et spécifiques de la Fondation Bill & Melinda Gates, du DFID et de GSK grâce au Centre d'appui à la filariose lymphatique (maintenant Centre pour les Maladies Tropicales Négligées) de Liverpool pour appuyer les activités opérationnelles ainsi que le fonctionnement du secrétariat du GAELF.

Pour quelle raison je rappelle l'histoire dans un contexte d'avenir? Pour la simple raison qu'en ce qui concerne la santé universelle, on retient peu de leçons, les erreurs sont répétées, il y a de la lenteur dans les changements de politiques et le domaine nécessaire à la recherche appliquée est très lent à s'étendre à grande échelle. Les rencontres biennales du GAEFL ont servi de cadre informel mais avec des thèmes de débats ciblés et orientés pour réévaluer où nous sommes, recevoir un feedback des pays et échanger des points de vue entre divers pays.

Le GAELF sert d'organisation faîtière pour cette diversité de partenaires; sa direction est représentative; il reconnait la liberté d'action que les pays endémiques doivent avoir, tout en
facilitant les partenariats entre les pays au niveau régional ou mondial. Le GAEFL apporte un grand appui à la diversité régionale illustrée dans l'épidémiologie, dans les systèmes de santé et dans les communautés. En terme de programme, la FL n'est pas la même dans le Pacifique, dans le Pondichéry urbain ou dans la savane en Afrique de l'ouest- des vecteurs différents, des médicaments différents, des structures communautaires différentes, des systèmes de santé différents, un financement différent des pays, des bureaux régionaux différents- mais le GAEFL peut fournir ce cadre faîtière de partenariat engagé visant un problème particulier. Le message de plaidoyer est semblable –nécessité de ressources pour la mise en œuvre, pour la recherche opérationnelle y compris la science sociale, pour le suivi et l'évaluation visant les objectifs d'élimination et l'expansion des interventions de lutte contre la morbidité.

La Déclaration de Londres est une concrétisation de l'engagement de plusieurs parties pour 10 outils prêts à être utiliser pour les MTN:

- Élargir les programmes en vue de l'élimination;
- Développer l'accès aux médicaments;
- Recherche et Développement de pointe pour la prochaine génération de produits

- Renforcer la collaboration pour mieux travailler ensemble;
- Permettre un financement adéquat pour la mise en œuvre du TDM;
- Fournir un appui pour le S&E;
- Mettre à disposition des mises à jour sur les progrès vers les objectifs de 2020.

Quelle est la réponse actuelle du GAELF suite à la déclaration de Londres en termes d'engagement et de responsabilités? Le principal élément qui ressort de la réunion qui se tient depuis quelques jours est la nécessité de partenariat, de coopération et de coordination. Le GAEFL est la manifestation de ces aspirations qui sont et qui resteront essentielles pour le succès.
En tant qu'entité, le GAEFL, devra-t-il entreprendre quelque chose de différent après Londres et Washington? Frank Richards a relevé qu'il existait un dilemme et une tension créés par la nécessité d'une plus grande intégration des programmes de MTN du fait que le "E" du GAEFL n'est pas nécessairement compatible avec l'intégration si on perd de vue l'objectif d'élimination. Le GAEFL en tant qu'entité est là pour rappeler à l'ensemble de la communauté contre les MTN et à nous aussi que nous avons l'objectif de 2020 à atteindre. À travers ses réunions, le GAEFL offre au monde notre vision à partager et qui nous permet de ne perdre de vue cet objectif. Certaines personnes sont d'avis que le GAEFL offre plusieurs avantages en tant que partenariat. Ces avantages
proviennent d'une structuration assez souple. J'ai fait une analyse des forces du GAELF:

- l est devenu une marque et un modèle respectés;
- C'est un centre et un forum de communication pour les échanges d'expérience;
- Le GAELF est un défenseur pour l'OMS dans son rôle normatif et favorise une forte relation de soutien mutuel entre le programme et l'alliance;
- C'est un point focal pour la communication entre partenaires;
- Il fait de son mieux pour que les pays puissent se faire entendre ; il reconnait l'identité régionale et respecte la diversité au sein du partenariat;
- Il plaide pour la recherche opérationnelle et travaille en étroite collaboration avec les subventions de la Fondation Bill et Melinda Gates, sur des subventions productives et appropriées ayant fait progresser la cause de la FL de manière significative;
- Le GAELF a bénéficié de l'appui à long terme de l'industrie pharmaceutique pour maintenir ses actions ainsi que de l'appui du DFID qui a reconnu la valeur du GAEFL comme partenaire principal; il s'est ainsi engagé à couvrir les frais liés au secrétariat à Liverpool.

Discussion

La question de disposer d'un conseiller-résident technique pour les principaux pays (à l'instar du programme d'éradication du ver de Guinée), qui serait présent à la table des négociations avec le programme national mais pourrait librement entrer en contact avec d'autres ministères, le secteur privé et autres parties prenantes. Des propositions d'autres méthodes de fourniture d'appui comme i) poursuivre les fora comme le GAELF pour s'assurer des opportunités de débats parmi les acteurs, ii) jumeler les pays ayant

réussi avec ceux ayant besoin d'assistance ou qui sont à leurs débuts, et iii) élargir la portée du GAELF en incluant les centres de recherche et les universités africaines et indiennes. Les participants sont unanimes pour reconnaître qu'il faut garder le GAEFL comme une alliance spécifique à la FL mais ont également exploré l'idée du concept 'trois-en-un', à savoir combiner des parties de réunions sur la FL, les STH et l'onchocercose ou les tenir l'une à la suite de l'autre.

Prochaines étapes

Le Dr Lammie a introduit les membres élus du groupe consultatif: Pat Lammie, Moses Bockarie, Frank Richards, Adrian Hopkins, Charles Mackenzie, et Njeri Wamae. Il a également remercié tous les interlocuteurs pour leurs présentations qui appellent à la réflexion et sont de qualité et a listé les cinq recommandations clés issues de la réunion:

1. Des récits édifiants ont été présentés au GAEFL sur les exemples frappants de la qualité du leadership au niveau pays avec des leaders capables de résoudre des problèmes et pouvant motiver les gouvernements et les partenaires à contribuer. Puisque de bons administrateurs de programmes font de bons programmes, il faut soutenir ces administrateurs de programme. Comme par exemple, un programme de tutorat qui utiliserait le groupe de travail pour le renforcement des capacités de l'OMS, dans lequel de nouveaux administrateurs de programmes pourront accompagner des directeurs plus expérimentés au cours des rondes de TDM. De plus, l'idée des conseillers résidents doit être explorée surtout dans les pays ayant un seul directeur de programme des MTN.

2. Le concept de l'intégration, de menace potentielle qu'elle constituait pour le GPEFL, s'est transformé enopportunité pour l'extension de la FL ainsi que pour d'autres activités des MTN. Les pays ont fourni des exemples : en Sierra Léone et au Libéria, l'intégration du TDM de la FL dans les distributions communautaires (CDD), l'intégration du TDM de la FL dans les journées réservées à la santé infantile aux Philippines, la baisse de la prévalence de la FL par l'utilisation des moustiquaires au Nigéria, l'utilisation du TDM de la FL comme le seul mécanisme important de distribution pour les activités liées aux STH. Cependant, il n'y a pas de données sur l'évaluation de l'impact de l'intégration, alors que les priorités quant au renforcement des capacités d'évaluation et de recherche opérationnelle pour la cartographie, et les critères d'élimination et de surveillance post-TDM sont indispensables.

3. La volonté de voir les visages dans les données constitue un défi réel à relever. A ce jour et dans plusieurs pays, les programmes mettent au premier plan les personnes souffrant d'incapacités pour susciter l'adhésion des communautés aux TDM sans leur fournir des soins. Cela doit changer d'ici la tenue de la prochaine réunion du GAEFL.

4. Le plus grand facteur de réussite au niveau pays a été l'engagement du gouvernement. L'idée de faire visiter certains pays clés aux représentants du GAEFL avec l'OMS et d'autres donateurs en vue de mobiliser l'appui au niveau pays doit être poursuivie.

5. Le défi qui se pose est de trouver un moyen innovant en matière d'organisation du GAEFL, en termes de mécanismes d'engagement du Groupe de Contact représentatif et en matière de coordination avec d'autres maladies spécifiques et les réunions de MTN. Toute personne ayant des propositions sur la manière de mieux assurer une plus grande participation et un

engagement des pays, de même qu'une bonne utilisation du temps de rencontre, est vivement encouragée à envoyer un mail par le site web du GAEFL.

Le Dr Lammie a exprimé toute sa reconnaissance à Don Bundy et à la Banque Mondiale, à Julie Jacobson, et à l'équipe des Stratégies de Santé Mondiale, à l'équipe du CNDT pour l'organisation des réunions et à l'équipe sortante du Groupe Consultatif, pour avoir rassemblé les séries de discussions de panels. Pour finir, il a adressé ses remerciements aux 65 pays représentés et à l'immense engagement des donateurs comme Merck & Co. Inc. et GSK, ainsi que la multitude de partenaires qui ont appuyé les programmes de MTN au niveau pays et ont porté appui aux partenaires pour participer à la réunion.

Don Bundy a mis fin à la rencontre en partageant ses impressions sur les rencontres du GAEFL et des MTN. Dans les années 80, la lutte contre la FL était basée sur la lutte antivectorielle, avec un seul avis médical aux niveaux clinique et immunologique. Le regard de la communauté est plus orienté maintenant vers la chimiothérapie préventive, un changement rendu facile par les dons de médicaments ciblant la FL. Puisque les motivations constituent la clé du changement, il a invité le GAEFL à continuer d'explorer les raisons de travailler ensemble et de trouver les informations qui doivent être partagées.

AFUTUREFREEOFLF
GlobalAlliance

Références

[1] World Health Organization, "Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis: Progress Report 2000-2009 and Strategic Plan 2010-2020," *World Health*. 2010.

[2] D. Addiss, "The 6th Meeting of the Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis: A half-time review of lymphatic filariasis elimination and its integration with the control of other neglected tropical diseases.," *Parasites & vectors*, vol. 3, no. 1, p. 100, Jan. 2010.

[3] World Health Organization, "Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis: A Manual for National Elimination Programmes (Monitoring and Epidemiological Assessment of Mass Drug Administration)," 2011.

[4] World Health Organization, "Provisional Strategy for Interrupting Lymphatic Filariasis Transmission in Loiasis-Endemic Countries : Report of the Meeting on Lymphatic Filariasis, Malaria, and Integrated Vector Management," 2012.

[5] World Health Organization, "Managing morbidity and preventing disability in the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis: WHO position statement," *Weekly epidemiological record*, no. 51, pp. 581–588, 2011.

[6] P. T. Cantey, J. Rout, G. Rao, J. Williamson, and L. M. Fox, "Increasing compliance with mass drug administration programs for lymphatic filariasis in India through education and lymphedema management programs.," *PLoS neglected tropical diseases*, vol. 4, no. 6, p. e728, Jan. 2010.

[7] S. Mand, A. Y. Debrah, U. Klarmann, L. Batsa, Y. Marfo-Debrekyei, A. Kwarteng, S. Specht, A. Belda- Domene, R. Fimmers, M. Taylor, O. Adjei, and A. Hoerauf, "Doxycycline improves filarial lymphedema independent of active filarial infection: a randomized controlled trial.," *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, vol. 55, no. 5, pp. 621–30, Sep. 2012.

[8] S. D. Mante and A. R. Seim, "West African Lymphatic Filariasis Morbidity Project Surgical Handbook." HDI, 2007.

[9] S. D. Mante and S. M. Gueye, "Capacity building for the modified filarial hydrocelectomy technique in West Africa.," *Acta tropica*, vol. 120 Suppl, no. null, pp. S76–80, Sep. 2011.

[10] J. Norões and G. Dreyer, "A mechanism for chronic filarial hydrocele with implications for its surgical repair.," *PLoS neglected tropical diseases*, vol. 4, no. 6, p. e695, Jan. 2010.

Liste des participants

Argentine
Jorge Arguello, Ambassador of the Argentine Republic, Embassy of Argentina, Argentina. Email: ambassador@embassyofargentina.us

Bangladesh
Be-Nazir Ahmed, Director General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Bangladesh. Email: dbenazirahmed@yahoo.com

Israt Hafiz, Technical Consultant, Filariasis Elimination Program, Disease Control Unit, Directorate General of Health Services, Dhaka, 1206, Bangladesh. Email: israthafiz@yahoo.com; Tel: +88 01552 415 070; Fax: +88 02986 2994

Rouseli Haq, LF Programme Manager, Ministry of Health and Family Welfare, Dhaka, Bangladesh. Email: dr.rouselihaq@gmail.com

Bénin
Etienne Batcho, Coordonnateur du Programme National de Lutte Contre les Maladies Transmissibles, Ministère de la Santé, Benin. Email:
wbatcho@yahoo.fr; Tel: +229 9702 7728

Brésil
Regiane Cardoso, SVS / Health Ministry, Brazil. Email: regiane.paula@saude.gov.br

Elaine Ignotti, Doctor, Ministry of Health, Brazil. Email: eignotti@uol.com.br

Rosa Castália Soares, Coordinator of Leprosy and Diseases under Elimination Program, Ministry of Health, Brazil. Email: rosa.castalia@saude.gov.br

Burkina Faso
Francois Marie Didier Zoundi, Ministry of Budget, Burkina Faso. Email: francois.zoundi@finances.gov.bf

Windtare Roland Bougma, NPELF Coordinator, Ministry of Health, Burkina Faso. Email: wrolandbougma@yahoo.fr; Tel: +226 702 703 33

Inoussa Ouminga, Directeur général de l'économie et de la planification, Ministère de l'Economie et des Finances, Burkina Faso. Email:
jouiminga@yahoo.fr

Piga Prosper Tapsoba, Director of Administration and Finance, Ministry of Health, Burkina Faso
Email: tapspiga@yahoo.fr

Burundi
Sabine Ntakarutimana, Minister, Burundi Ministry of Public Health, Burundi. Email: ntakarutimana2006@yahoo.fr

Onésime Ndayishimiye, Director, Burundi Ministry of Public Health, Burundi. Email: ndayones@yahoo.fr; Tel: +257 799 100 36 or +257 77
735 102

Cameroun
Ondobo Andze Gervais, Inspector of Health Services, Ministry of Public Health, Cameroon
Email: andzegervais@yahoo.fr

Alphonse Um Boock, NTDs regional coordinator, Fairmed Foundation, Cameroon. Email: umboock@yahoo.fr

Cote d'Ivoire
Aboulaye Meite, LF, Schisto and STH Programme Manager, Ministry of Health, Cote d'Ivoire. Email: aboulaye_meite77@yahoo.fr; Tel+225 6729 0000

République Démocratique du Congo
Benoit Kebela Ilunga, Directeur de la Direction de la Lutte contre la Maladie, Ministère de la Sante, DRC Email: Kebelailunga@gmail.com

République Dominicaine
Manuel Gonzales, National Manager of DR PELF, CENCET, Dominican Republic. Email: manuelgonpe@gmail.com

Ethiopie
Kesetebirhan Admasu Birhane, Minister for Health, Federal Ministry of Health, Ethiopia. Email: kesetemoh@gmail.com

Hassane Mahamat, Coordinator, AU_PATTEC, Ethiopia. Email: hassanehm@africa-union.org

Egypte
Reda Ramzy, Professor, National Nutrition Institute, General Organization for Teaching Hospitals &
16 Kasr El Aini St, Cairo 71556, Egypt. Email: reda_m@masrawy.com

Gabon
Julienne Atsame, Directeur Maladies Parasitaires , Ministère de la Santé, Gabon. Email: ntseme2007@yahoo.fr

Ghana
Irene Ayi, Research Fellow, Memorial Institute for Medical Research, University of Ghana, PO Box LG581, Legon, Accra, Ghana. Email: IAyi@noguchi.mimcom.org

Nana-Kwadwo Biritwum, Programme Manager, NTD Control Programme, Ghana Health Service, PO Box MB-190, Accra, Ghana. Email:
nkadbiritwum@gmail.com or nanakwadwo@ghsmail.com ; Tel: +233 20 823 2286; Fax: +233 21 226 739

Daniel A Boakye, Head of Parasitology Department, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, University of Ghana, PO Box LG581, Legon, Accra, Ghana. Email: dboakye@noguchi.mimcom.org; Tel: +233 302 501 178 or +233 302 502 182

Johnny Gyapong, Pro Vice Chancellor, University of Ghana, PO BOX LG571, Legon, Accra, Ghana
Email: jgyapong@ug.edu.gh; Tel: +233 302 213 820 ext 2711 or +233 244 265 081

Sunny Doodu Mante, Urologist, African LF Morbidity Project, PO Box KB 282, Korle-Bu, Accra, Ghana
Email: sunnymante44@yahoo.com; Tel: +233 246 090 078

Haïti

Abdel Direny, Senior Program Manager / NTD Advisor, IMA World Health, Haiti. Email: abdeldireny@imaworldhealth.org; Tel: +509
2942 1513

Inde
Manokaran Gurusamy, Senior Consultant, Apollo Hospital, India. Email: dr.g.mano@gmail.com

Jonathan Rout, Project Officer, IMA / CASA, India. Email: jroutcasa@gmail.com

Kapa Ramaiah, Consultant on NTDs, Control and Neglected Tropical Diseases, India. Email: ramaiahk@yahoo.com; Tel: +22 791 3862

Pradeep Srivastava, National Vector Borne Disease Control Programme, Ministry of Health and Family Welfare, 22 Sham Nath Marg, New
Dehli 100 054, India. Email: pkmalaria@yahoo.co.in; Tel: +11 239 68576

Indonésie
Rita Kusriastuti, Director of Vector Borne Disease Control, Ministry of Health Republic of Indonesia, Jln. Percetakan Negara No.29, Jakarta
Pusat, Indonesia. Email: ritakus@yahoo.com; Tel: +62 214 287 7586; Fax: +62 21 424 7573

Kenya
Mary Amuyunzu-Nyamongo, Executive Director, African Institute for Health and Development, Kenya
Email: Mnyamongo@aihdint.org

Doris Wairimu Njomo, Research Scientist, Kenya Medical Research institute, 54840, 00200, Kenya
Email: dnjomo@kemri.org; Tel: +254 020 272 2541; Fax: +254 020 272 0030

Kiribati
Teiti Bwenawa, Filariasis & Deworming Program Manager, WHO SSA, Kiribati. Email: bwenawat@wpro.who.int; Tel: +686 28317

Libéria
Karsor Kollie, Programme Manager, Ministry of Health, Liberia. Email: tanue15@yahoo.com; Tel: +231 886 532 903

Louise Kpoto, Epidemologist, Ministry of Health and Social Welfare, Liberia. Email: lkpoto@gmail.com

Marnijina G Moore, Programme Manager, Ministry of Health and Social Welfare, Liberia. Email: mgeorgiamoore@gmail.com; Tel: +231 886
586 924

Charles Mwansambo, Secretary for Health, Ministry of Health, Malawi. Email: cmwansambo@gmail.com

Malawi
Khumbo Kachali, Vice President / Minister for Health, Malawi. Email: kachalikhumbo@yahoo.com

Square Zakariya Mkwanda, LF Programme Manager, Ministry of Health, Box 30377, Lilongwe, Central Africa, Malawi. Email: smkwanda@yahoo.com; Tel: +265 8888 54425

Malaysie
Rita Kusriastuti, Intensified and Integrated Malaria Control, Malaysia. Email: mila_mayangsari@yahoo.com

Mozambique
Nazira Abdula, Vice Minister of Health, Ministry of Health, Mozambique. Email: nazvabd@yahoo.com.br

Olga Amiel, Head of Department of NTD and LF National Coordinator, Ministry of Health, Mondlane/Salvador Allend Av. Nu. 1008 Maputo, PO Box 264, Mozambique. Email: olgaamiel@yahoo.com.br

Ricardo Thompson, Senior Researcher, National Institute of Health, Av Eduardo Mondlane, 1008 Maputo 264, P.O Box 264, Maputo, Mozambique. Email: rthompsonmz@gmail.com; Tel: +258 823 0600 36

Myanmar
Ni Ni Aye, Deputy Director (Dengue / Filariasis), Department of Health, Naypyitaw, Myanmar
Email: niniaye2009@googlemail.com

Népal
Shanker Shrestha, Deputy Health Minister, Ministry of Health, Nepal. Email: ppdfamd@mos.com.np

Netherlands
Gabrielle Breugelmans, North North Networking Manager, EDCTP, Netherlands. Email: breugelmans@edctp.org

Niger
Adamou Bathiri Salissou, Onchoceriasis and Lymphatic Filariasis Programme Manager, Onchoceriasis and Lymphatic Filariasis Programme, Niger. Email: sadamouba@yahoo.fr; Tel: +227 207 22879

Nigéria
Uche Amazigo, Freelance Consultant, Nigeria. Email: amazigo4@yahoo.com

Abel Eigege, Director, Plateau / Nasarawa Integrated Programs, The Carter Centre, 1 Jeka Kadima Steet, Jos Plateau State, Nigeria. Email:
eigegea@yahoo.com; Tel: +908 037 022 967

Chukwu Okoronkwo, NTD Programme Officer, Federal Ministry of Health, Nigeria. Email: chukoro_christ@yahoo.co.uk; Tel: +234 803
361 98 94

Papouasie Nouvelle Guinée
Leo Makita, Principal Advisor, Malaria and Vector Borne Diseases, Department of Health, Papua New Guinea. Email: leo.makita@gmail.com; Tel: +675 301 3972

Ross Hutton, Manager – Health Services, Oil Search Health Foundation, Papua New Guinea
Email: ross.hutton@oilsearch.com; Tel: +675 322 5597

Philippines
Leda Hernandez, Division Chief, Department of Health, Philippines. Email: dr_ledamher@yahoo.com; Tel: +900 632 711 6808

Rouanda
Irenee Umulisa, Director of NTD Unit, Rwanda Ministry of Health/ RBC / IHDPC / MOPDD, Rwanda
Email: umulisa5@gmail.com

Sénégal
Serigne Magueye Gueye, Professor, Universite Cheikh Anta DIOP, Senegal. Email: smgueye@orange.sn; Tel: +221 338 694 061

Sud Soudan
Mounir Lado, Director for Neglected Tropical Disease Control, Ministry of Health, South Sudan

Email: mounir_lado@yahoo.co.uk; Tel: +211 955 194603

Sri Lanka
Udaya Ranasinghe, Director, Anti Filariasis Campaign, Ministry of Health, Sri Lanka. Email: usbranasinghe@yahoo.com

Suisse
Graeme Bilbe, Director of Research and Development, Drugs for Neglected Tropical Diseases, Switzerland. Email: gbilbe@dndi.org

James Cheyne, Independent Consultant, Health Service Logistics, Switzerland. Email: james@cheyne.net

Janis K Lazdins-Helds, Advisor, Mundo Sano, Switzerland. Email: lazdinsj@gmail.com

Konji Sebati, Senior Director, World Health Intellectual Property Organisation (WIPO), Switzerland
Email: konji.sebati@wipo.int

Tanzanie
Hussein Mwinyi, Hon. Minister, Ministry of Health and Social Welfare, Ministry of Health and Social Welfare, Tanzania. Email: minihealth@yahoo.com

Khalfan Mohammed
NTDs Control Programme Manager, Ministry of Health, Zanzibar, Tanzania. Email: kamsharjyy@yahoo.com; Tel: +255 777 432 370

Mwelecele Malecela, Director General, National institute for Medical Research, Tanzania
Email: mmalecela@hotmail.com; Tel: +255 222121 400

Upendo Mwingira, National Coordinator, Ministry of Health, P.O Box 9083, Dar-Es-Salaam, Tanzania
Email: umwingira@yahoo.com; Tel: +255 713 262 865

Timor-Leste
Telma Joana Corte-Real de Oliveira, International Public Health and Health Management, Ministry of Health Timor-Leste, Timor-Leste. Email: ninatelma@yahoo.com

Togo
Ameyo Monique Dorkenoo, LF Coordinator, Ministry of Health, Togo. Email: monicadork@yahoo.fr

Ouganda
Gabriel Matwale, Program Manager, Program to Eliminate LF, Vector Control Division; Ministry of Health, P.O Box 1661, Kampala, Uganda. Email: gkmatwale@yahoo.com; Tel: +256 414 251 927

Edridah Tukahebwa, Assistant Commissioner Health Services (Vector Control), Ministry of Health, Uganda. Email: edmuheki@gmail.com; Tel: +44 256 772 443 659

Etats Unis d'Amerique
William Campbell, Senior Finance Executive, JPMorgan Chase, USA. Email: bill@nsrpartners.com

Philip Coyne, Professor Uniformed Services University, USA. Email: philip.coyne@usuhs.edu

B Fenton Hall, Chief, Parasitology & International Programs Branch, DMID/NIAID/NIH/DHHS, USA
Email: lhall@niaid.nih.gov

Julie Hliboki, Consultant, 99 Names Peace Project, USA. Email: juliehliboki@gmail.com

Stewart Marsden, Director, Product Portfolio/Global Health, BD, USA. Email: Stewart_Marsden@bd.com

Chandrakant Revankar, Consultant in Neglected Tropical Diseases, Freelance Consultancy, USA Email: revankarcr@gmail.com

Vietnam
Do Trung Dung, Medical Doctor, NIMPE, Ministry of Health, Vietnam. Email: dotrungdung.nimpe.vn@gmail.com

Yémen
Abdul Samid Al-Kubati, National Focal Point for LF, Ministry of Public Health, PO Box 6593, Taiz, Yemen
Email: a-samidku@hotmail.com; Tel: +967 777 92603

SECTEUR PRIVE

Children Without Worms
Kim Koporc, Director of Program Implementation, Children Without Worms, Task Force for Global Health, USA. Email: kkoporc@taskforce.org

Kerry Gallo, Senior Program Associate, Children Without Worms, Task Force for Global Health, USA Email: kgallo@taskforce.org; Tel: +1 404 401 16 52

David Addiss, Children Without Worms, The Task Force for Global Health, 325 Swanton Way, Decatur GA 30030, USA. Email: dgaddiss@yahoo.com

Eisai Inc
Fabian Gusovsky, Executive Director, CINO Group, Eisai Inc, USA. Email: fabian_gusovsky@eisai.com

BT Slingsby, Director, Global Access Strategies, Eisai Inc, Japan. Email: b-slingsby@hhc.eisai.co.jp

EMD Serono
Frederique Santerre, Head of Global Government Affairs on Health Policy, EMD Serono. Email: Frederique.Santerre@merckgroup.com

GlaxoSmithKline

Mark Bradley, Director Scientific Support, GlaxoSmithKline, 980 Great West Road, Brentford, Middlesex TW8 9GS, UK. Email: Mark.h.bradley@gsk.com; Tel: +44 20804 75521

Jorge Carrion, Director Government Affairs Latina, GlaxoSmithKline, USA. Email: jorge.e.carrion@gsk.com

Joy Cole, Director, GlaxoSmithKline, UK. Email: joy.2.cole@gsk.com

Tijana Duric, Director, Supply Planning and Finances, GlaxoSmithKline, UK. Email: tijana.x.duric@gsk.com

Minne Iwamoto, Director, Africa Malaria Partnership, GlaxoSmithKline, 200 N. 16th Street PA 19102 USA. Email: minne.h.iwamoto@gsk.com; Tel: +1 2157517096

Ellen Strahlman, Global Head Neglected Tropical Diseases, GlaxoSmithKline, UK. Email: ellen.r.strahlman@gsk.com

Dennis Romerick Tuazon, Project Officer, GlaxoSmithKline, Philippines. Email: dennis.g.tuazon@gsk.com

Andrew Wright, Director Disease Programmes, GlaxoSmithKline, 980 Great West Road, Brentford, Middlesex, TW8 9GS Email: andy.l.wright@gsk.com; Tel: +44 208 047 5515; Fax: +44 208 047 0684

ITI

Teshome Gebre, ITI Regional Representative, Africa, Task Force for Global Health, Ethiopia. Email: tgebre@taskforce.org; Tel: +251 911
203 524

PJ Hooper, Sr. Associate Director, External Relations, Task Force for Global Health, USA. Email: phooper@taskforce.org; Tel: +1
4043711460

Johnson & Johnson
Patricia Molina, Vice President, Public Affairs, Johnson & Johnson, USA. Email: pmolino@its.jnj.com

Steven Silber, Head, Flubendazole Development Program, Janssen Research and Development, Johnson & Johnson. Email: ssilber@its.jnj.com

Programme de Donation du Mectizan
Adrian Hopkins, Director, Mectizan Donation Programme, The Task Force for Global Health,
325 Swanton Way, Decatur, Atlanta, Georgia 30030, USA. Email: ahopkins@taskforce.org; Tel: +1 404 371 1460

Joni Lawrence, Associate Director, Mectizan Donation Programme, The Task Force for Global Health,
325 Swanton Way, Decatur, Atlanta, Georgia 30030, USA. Email: jlawrence@taskforce.org; Tel: +1 404 371 1460

Yao Sodahlon
Senior Associate Director, Mectizan Donation Programme, The Task Force for Global Health,
325 Swanton Way, Decatur, Atlanta, Georgia 30030, USA. Email: ysodahlon@taskforce.org; Tel: +1 404 371 1460

Merck & Co Inc
Janet Vessotski, Director, Corporate Responsibility, Merck & Co Inc, One Merck Drive, Mailstop WS2A – 56, Whitehouse Station, NJ 08889
USA. Email: janet.vessotskie@merck.com; Tel: +1 732 594 2550

Sanofi Access to Medicines
Benedict Blayney, Director of Neglected Tropical Disease Programmes, Sanofi Access to Medicines, France. Email: benedict.blayney@sanofi.com

Agences Internationales de Développement et Donateurs

Fondation Bill and Melinda Gates
Jan Agosti, Senior Programme Officer, Bill & Melinda Gates Foundation, PO Box 23350, Seattle, WA 98102 USA. Email: jan.agosti@gatesfoundation.org; Tel: +1 206 7093 331
Alexandra Farnum, Program Officer, Malaria, Bill & Melinda Gates Foundation, PO Box 23350, Seattle, WA 98102 USA. Email: danijela.korac@gatesfoundation.org

Lance Gordon, Director, Neglected Infectious Diseases, Bill & Melinda Gates Foundation, PO Box 23350, Seattle, WA 98102 USA. Email:
lance.gordon@gatesfoundation.org

Julie Jacobson, Senior Project Officer, Bill & Melinda Gates Foundation, PO Box 23350, Seattle, WA 98102 USA. Email: julie.jacobson@gatesfoundtaion.org

Thomas Kanyok, Senior Program Officer, Bill & Melinda Gates Foundation, PO Box 23350, Seattle, WA 98102 USA. Email: thomas.kanyok@gatesfoundation.org

Hannah Kettler, Senior Program Manager, Bill & Melinda Gates Foundation, PO Box 23350, Seattle, WA 98102 USA. Email: hannah.kettler@gatesfoundation.com

Caila Nickerson, Program Assistant, Bill & Melinda Gates Foundation, PO Box 23350, Seattle, WA 98102 USA. Email: caila.nickerson@gatesfoundation.org

Fond END
Ellen Agler, CEO, The END Fund, 115 Bloomingdale Avenue, Wayne, PA 19087 USA. Email: eagler@endfund.org

FHI360
Nosheen Ahmad, Program Officer, END in Africa, FHI360. Email: nahmad@fhi360.org

Pou Bolivar, Project Director, FHI360, USA. Email: bpou@fhi360.org

Geneva Global Inc
Warren Lancaster, International Director, Geneva Global Inc, UK. Email: wlancaster@genevaglobal.com; Tel: +44 780 976 7986

Anna Rohwer, Associate Program Director, Geneva Global Inc, USA. Email: arohwer@genevaglobal.com

Scott Morey, Senior Program Director, Geneva Global Inc, Switzerland. Email: smorey@genevaglobal.com

Réseau Mondiale des Maladies Tropicales Négligées
Michelle Brookes, Policy Director, Global Network for Neglected Tropical Diseases. Email: michelle.brooks@sabin.org

Neeraj Mistry, Managing Director of Global Network for NTDs, Sabin Vaccine Institute, Global Network for Neglected Tropical Diseases, USA. Email: neeraj.mistry@sabin.org

Greg Simon, Senior Technical Officer, Sabin Vaccine Institute, Global Network for Neglected Tropical Diseases, USA. Email: gregory.simon@sabin.org

Wangechi Thuo, Program Officer, Sabin Vaccine Institute, Global Network for Neglected Tropical Diseases, USA. Email: wangechi.thuo@sabin.org; Tel: +1 2028425025

Marcia de Souza Lima, Director, Programs and Operations, Sabin Vaccine Institute, Global Network for Neglected Tropical Diseases, USA. Email: marcia.desouzalima@sabin.org

Banque de Développement Inter-Americain
Agustin Caceres. Communications Specialist, IABD, USA. Email: agustinc@iadb.org

Izumi Foundation
Gretchen Stoddard, Program Officer, Izumi Foundation, USA. Email: stoddard@izumi.org

RTI International
Kalpana Bhandari, ENVISION, RTI International, 701 13th St. NW, Suite 750, Washington, DC 20005, USA
Email: kbhandari@rti.org

Molly Brady, NTD Technical Advisor, ENVISION, RTI International, 701 13th St. NW, Suite 750, Washington, DC 20005, USA. Email:
mbrady@rti.org; Tel: +1 202 728 1967

Katie Crowley, ENVISION, RTI International, 701 13th St. NW, Suite 750, Washington, DC
20005, USA Email: kcrowley@rti.org

Achille Kabore, Senior Technical Advisor, ENVISION, RTI International, 701 13th St. NW, Suite 750, Washington, DC 20005, USA. Email:
akabore@rti.org; Tel: +1 202 340 8888

Scott McPherson, ENVISION, RTI International, 701 13th St. NW, Suite 750, Washington, DC 20005, USA Email: smcpherson@rti.org

Eric Ottesen, Director, ENVISION Program / LF Support Center, RTI International, Task Force for Global Health, 325 Swanton Way, Decatur, GA 30030, USA. Email: eottesen@taskforce.org; Tel: +1 404 687 5604

Lisa Rotondo, Deputy Director Technical, RTI International Envision, USA. Email: lrotondo@rti.org; Tel: +1 202 974 7890

La Banque Mondiale
Donald Bundy, Lead Health and Education Specialist , Human Development Network, The World Bank, 1818 H Street, NW, Washington DC
20433, USA. Email: dbundy@worldbank.org; Tel: +1 202 473 3636

Patricio Marquez, Lead Health Specialist Eastern and Southern Africa Region, The World Bank, 1818 H Street, NW, Washington DC 20433, USA. Email: pmarquez@worldbank.org

Ok Pannenborg, Special Advisor, The World Bank, African Region Human Development, 1818 H Street, NW, Washington DC 20433, USA. Email: opannenborg@worldbank.org; Tel: +1 202 473 4415

Abdo Yazbeck, Lead Economist, Health, The World Bank, USA. Email: ayazbeck@worldbank.org

UK Département pour le Développement International
Delna Ghandi, Senior Health Advisor, DFID, UK. Email: D-Ghandhi@dfid.gov.uk

Iain Jones, Economic Advisor, DFID, UK. Email: i-jones@dfid.gov.uk

UNICEF
Jennifer Fenley-Duffy, US Fund for UNICEF, Director, Integrated Partnerships, USA. Email: jduffy@unicefusa.org

USAID
Ploi Swatdisuk, Program Analyst, USAID, USA. Email: pswatdisuk@usaid.gov

Marci Van Dyke, Technical Advisor, USAID, USA. Email: mvandyke@usaid.gov

Emily Wainwright, Senior Operations Advisor NTDs, USAID, USA. Email: ewainwright@usaid.gov

Angela Weaver, Senior Advisor for Neglected Tropical Diseases, USAID, 307-27, Third Floor, Ronald Reagan building, 1300 Pennsylvania
Avenue, Washington DC, 20523 USA. Email: aweaver@usaid.gov; Tel: +1 202 712 56 03
Organisations Internationales Non-Gouvernementales (ONG)

American Leprosy Missions
Mary Jo Geyer, Program Officer / Consultant, American Leprosy Missions, USA. Email: maryjogeyer@mac.com; Tel: +1 412 024 60 02

Linda Faye Lehman, Technical Consultant, American Leprosy Missions, Disease and Disability Prevention, USA. Email: llehman@leprosy.org

Centre Carter
Frank Richards, Director, Malaria, River Blindness, Lymphatic Filariasis & Schistosomiasis Programs, The Carter Center, Atlanta, GA30307, USA. Email: frich01@emory.edu; Tel: +1 770 488 4511

Christian Blind Mission
Martin Kollmann, Programme Director NTDs, Christian Blind Mission, Central Africa Regional Office

PO Box 58004-00200 City Square, Ring Road Parklands, Nairobi, Kenya. Email: mkollmann@cbmi-nbo.org; Tel: +2 542 037 51798 or +2
647 335 24436

Ijeoma Obidegwu, Monitoring and Evaluation Officer, CBM-US, USA. Email: iobidegwu@cbmus.org

Good Neighbours International
Yunsuk Ko, Managing Director, Good Neighbours International, Tanzania. Email: atuan.ko@gmail.com

Handicap International

Pierre Brantus, NTD medical consultant, Federation Handicap International, 6 Residence Rousseau
67 Chemin des Bergeronnettes, Prevessin-Moens 01280 France. Email: brantus.pierre@orange.fr

HDI Inc
Stephanie Richard, Program Manager, HDI Inc, USA. Email: stephanie@hdi-us.org

Anders Seim, Executive Director and Funder, HDI (Health & Development
International), USA Email: anders@hdi.no

Helen Keller International
Mary Hodges, Country Director, HKI, Sierra Leone. Email: mhodges@hki.org; Tel: +232 76845 9625

Charles MacArthur, Director of NTD Control, HKI, 1840 Harpswell Neck Road, Harpswell, ME 04079
Email: cmacarthur@hki.org; Tel: +1 207 833 73 44

Victoria Quinn, SVP Programs, HKI, USA. Email: vquinn@hki.org

Mustapha Sonnie, Program Manager, Neglected Tropical Disease, HKI, Sierra Leone. Email: msonnie@hki.org

Emily Toubali, Program Manager of NTD Control, HKI, USA. Email: etoubali@hki.org

Yaobi Zhang, Doctor, HKI, USA. Email: yzhang@hki.org; Tel: +1 447 8888 01010

IMA World Health
Sarla Chand, Vice President: Programs, IMA World Health, PO Box 429 , 500 Main Street, New Windsor, MD 21776 USA.
Email:
sarlachand@imaworldhealth.org; Tel: +1 410 635 8720 or +1 443 244 0540

Ann Varghese, Senior Program Manager, IMA World Health, 500 Main Street, New Windsor, MD 21776, USA. Email:
annvarghese@imaworldhealth.org; Tel: +1 410 635 8716

LEPRA
Venkata Ranganadha Rao Pemmaraju, Chief Executive, LEPRA Society, India. Email: ranganadh@leprahealthinaction.in

Leprosy Mission, Canada
Peter Derrick, Executive Director, The Leprosy Mission Canada, Canada. Email: pderrick@leprosy.ca

Grace Folts, Program Officer, The Leprosy Mission Canada, Canada. Email: gfolts@leprosy.ca

Deborah Mensah Awere, Program Officer, The Leprosy Mission Canada, Canada. Email: dmensah-awere@leprosy.ca

Dorothy Nyambi, Team Leader, International Programs, The Leprosy Mission Canada, Canada

Email: dnyambi@leprosy.ca; Tel : +1 416 566 63 34

Anna Wickendon, Leprosy Mission Canada, Canada. Email: awickendon@leprosy.ca

Malaria Consortium
Ruth Ashton, Technical Officer, Malaria Consortium Africa, Uganda. Email: r.ashton@malariaconsortium.org

MAP International
Ravi Jayakaran, Vice President – Global Programs, MAP International, USA. Email: Globalprogramsupport@map.org

Mission to Save the Helpless
Francisca Olamiju, Executive Director, MITOSATH, 605 Hospital Place (opp. Green Valley Suites, GRA), 93001 Plateau State, Nigeria.Email:
mitosath@hotmail.com; Tel: +234 734 64792 or +234 803 3311 8085

PATH
Tala De Los Santos, Diagnostics Group Leader, PATH, USA. Email: tdelossantos@path.org

Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust
Astrid Bonfield. Chief Executive, Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust, UK. Email: astrid.bonfield@qejubileetrust.org

Sightsavers International
Agatha Aboe, Global Trachoma Programme Coordinator, Sightsavers, Ghana. Email: aaboe@sightsavers.org; Tel: +233 244 311 588

Simon Bush, Director Neglected Tropical Diseases, African Alliances and Advocacy, Sight Savers International, 21 Nii Nortel Ababio Street, PO Box KIA 18190 Airport Residential Area, Accra, Ghana
Email: sbush@sightsavers.org; Tel: +233 2177 4210 or +233 244 322 885

Caroline Harper, CEO, Sightsavers, UK. Email: charper@sightsavers.org

Tom Millar, Operations Director, Trachoma Mapping, Sightsavers, UK. Email: tmillar@sightsavers.org

United Front Against Riverblindness
Daniel Shungu, Executive Director, United Front Against Riverblindness, DRC. Email: dlshungu@riverblindness.org; Tel: +1 609 771 3674 or +1 609 954 3398

World Vision
Azadeh Baghaki, Senior Partnerships and Policy Advisor: Health, Nutrition and WASH, World Vision, Australia. Email: azadeh.baghaki@worldvision.com.au

Dennis Cherian, Deputy Director, Health and HIV, World Vision Inc, USA. Email: dcherian@worldvision.org

Happy Kumah, Program Manager, World Vision, USA. Email: hkumah@worldvision.org

Présidents des Groupes de Revue des Programmes Régionaux

Bureau de la Région Afrique
Ricardo Thompson, Senior Researcher, National Institute of Health, Av Eduardo Mondlane, 1008 Maputo 264, P.O Box 264, Maputo,
Mozambique. Email: rthompsonmz@gmail.com; Tel: +258 823 060 036

Bureau de la Région Amerique
Manuel Gonzales, National Manager of DR PELF, CENCET, Dominican Republic. Email: manuelgonpe@gmail.com

Bureau de la Région de la Méditerranée Orientale
Reda Ramzy
Professor, National Nutrition Institute, General Organization for Teaching Hospitals &
16 Kasr El Aini St, Cairo 71556, Egypt
Email: reda_m@masrawy.com

PACELF
C.P. Ramachandran, Chairperson, WHO-WPRO-RPRG, 1/63, Off Jalan Tunku, Kuala Lumpur 50480

Email: ramacp@hotmail.com; Tel : +603 948 610 12531

Bureau de la Région Sud-Est Asie
Nirmal Kumar Ganguly, President & Distinguished Biotechnology Research Professor, Jawaharlal Institute of Postgraduate Medical Education and Research, India. Email: nkganguly@nii.ac.in
(NB – will not be in attendance)

Instituts de Recherche Universitaires

All India Institute of Medical Sciences
Sarman Singh, Head, Division of Clinical Microbiology, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India. Email: sarman_singh@yahoo.com

American University, USA
Larry Sawers, Professor, American University, USA. Email: lsawers@american.edu

Bonn University
Achim Hoerauf, Chair and Head, Department of Medical Microbiology, University of Bonn Medical Center, Germany. Email: hoerauf@microbiology-bonn.de

Bonn University Hospital
Ute Klarmann-Schulz, Medical Doctor, IMMIP, University Hospital Bonn, Germany. Email: ute.klarmann@ukb.uni-bonn.de

CDC
Stephen Cochi, Senior Advisor, Global Immunization Division, CDC, USA. Email: scochi@cdc.gov

Christine Dubray, Medical Epidemiologist, CDC, USA. Email: ffg5@cdc.gov

Karla Feeser, EID Fellow, CDC / APHL, USA. Email: wsc7@cdc.gov

LeAnn Fox, Medical Doctor, Centers for Disease Control and Prevention, CDC, Division of Parasitic Diseases, National Center for Infectious
Diseases, Atlanta, GA 30341 USA. Email: lfox@cdc.gov; Tel: +1 770 488 7560

Patrick Lammie, Senior Scientist, CDC, USA, Email: pjl1@cdc.gov

Monica Parise, Branch Chief, CDC, USA.Email: mparise@cdc.gov

Larry Slutsker, Director, Division of Parasitic Diseases and Malaria, CDC, USA. Email: lms5@cdc.gov

Kimberly Won, Health Scientist, CDC, USA. Email: kfw7@cdc.gov

Columbia University
Martin Chalfie, Professor, Columbia University, USA. Email: mc21@columbia.edu

Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam
Wilma Stolk, Epidemologist, Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam, Netherlands
Email: w.stolk@erasmusmc.nl

Georgetown University
Margaret Baker, Assistant Professor, Department of International Health, School of Nursing and Health Sciences, 3700 Reservoir Road NW, Washington DC 20057-1107, USA. Email: mcb93@georgetown.edu; Tel: +1 202 687 4497

Bernhard Liese, Chair, International Health, Georgetown University, 3700 Reservoir Road, Washington DC, DC 20057, USA. Email: Bhl6@georgetown.edu; Tel: +1 202 687 3254

Gettysburg College, USA
Eileen Stillwaggon, Professor of Economics, Gettysbury College, USA. Email: stillwaggon@gettysburg.edu

Jazan University
Maged El-Setouhy, Scientific Director of SARC. Jazan University, Saudi Arabia. Email: maged.elsetouhy@gmail.com; Tel: +966 56 806 9515

James Cook University
Patricia Graves, Assoc Prof/Director WHO LF/STH/NTD collaborating centre, James Cook University, Australia. Email: patricia.graves@jcu.edu.au; Tel: +1 404 420 3897

Imperial College London
Roy Anderson, Professor of Infectious Disease Epidemiology, Imperial College, College Headquarters, London, SW7 2AZ, UK. Email:
roy.anderson@imperial.ac.uk; Tel: +44 20 72176588

Lynsey Blair, Senior Project Manager, Schistosomiasis Control Initiative, Division of Epidemiology, Public Health and Primary Care, Imperial
College, London, UK. Email: l.blair@imperial.ac.uk

Lesley Drake, Executive Director, Partnership for Child Development, Imperial College
London, UK Email: lesley.drake@imperial.ac.uk

Jane Lillywhite, Managing Director, Partnership for Child Development, Imperial College
London, UK Email: j.lillywhite@imperial.ac.uk

Brie McMahon, Partnerships Manager, Partnership for Child Development, Imperial College London, UK. Email: b.mcmahon@imperial.ac.uk

Kabatereine Narcis, African Capacity Building Advisor, Schistosomiasis Control Initiative (SCI) Imperial College, UK. Email: vcdmoh@gmail.com

Alexis Palfreyman, Programme Manager, Partnership for Child Development, Imperial College London, UK. Email:

a.palfreyman@imperial.ac.uk

Anna Phillips, Programme Manager, Schistosomiasis Control Initiative, Imperial College London, UK Email: a.phillips05@ic.ac.uk

Infectious Disease Research Institute (IDRI), USA
Steven Reed, President, Founder, and Chief Scientific Officer, Infectious Disease Research Institute (IDRI), USA. Email: steven.reed@idri.org

Kenya Medical Research Institute
Pauline Mwinzi, Principal Scientist, Kenya Medical Research Institute, Kenya. Email: pmwinzi@kemricdc.org

Doris Njomo, Research Social Scientist, Kenya Medical Research Institute, P.O.Box 54840-00200, KEMRI, Kenya. Email: dnjomo@kemri.org; Tel: +202 722 541 Ext 3420

Maurice Odiere, Senior Research Scientist, Kenya Medical Research Institute, Nairobi, Kenya
Email: modiere@kemricdc.org

Njeri Wamae, Chief Research Officer, Centre for Microbiology Research, Kenya Medical Research Institute, Nairobi, Kenya. Email:
nwamae@kemri.org; Tel: +254 202 730409

Lindsley F. Kimball Research Institute
Sara Lustigman, Head, Laboratory of Molecular Parasitology, Lindsley F. Kimball Research Institute, USA. Email: slustigman@nybloodcenter.org

Liverpool School of Tropical Medicine
Moses Bockarie, Director of CNTD, Liverpool School of Tropical Medicine, Centre for Neglected Tropical Diseases, Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA, UK. Email: mjb12@liverpool.ac.uk; Tel: +44 151 705 3343

Alison Blacklock, Programme Administrator, Liverpool School of Tropical Medicine, Centre for Neglected Tropical Diseases, Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA, UK. Email: sara.holmes@liv.ac.uk; Tel: +44 151 705 2592

Rinki Deb, Research Assistant, Liverpool School of Tropical Medicine, Centre for Neglected Tropical Diseases, Pembroke Place, Liverpool, L3
5QA, UK. Email: rinkideb@liverpool.ac.uk; Tel: +44 151 705 3131

Joan Fahy, Programme Manager, Liverpool School of Tropical Medicine, Centre for Neglected Tropical Diseases, Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA, UK. Email: fahy@liv.ac.uk; Tel: +44 151 705 3145

Benjamin Koudou, Programme Manager, Liverpool School of Tropical Medicine, Centre for Neglected Tropical Diseases, Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA, UK. Email: gkoudou@liv.ac.uk; Tel: +44 151 705 2594

Louise Kelly-Hope, Programme Manager, Liverpool School of Tropical Medicine, Centre for Neglected Tropical Diseases, Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA, UK. Email: lkhope@liv.ac.uk; Tel: +44 151 705 3336

David Molyneux, Senior Professorial Fellow, Liverpool School of Tropical Medicine, Centre for Neglected Tropical Disease, Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA, UK. Email: david.molyneux@liv.ac.uk; Tel: +44 151 705 3291

Steven Perry, Vice President, LATH / USA, 3527 6th Street (South), Arlington, VA
22204, USA Email: Sperry@lath.com; Tel: +1 571 312 4728

Maria Rebollo, Programme Manager, Liverpool School of Tropical Medicine, Centre for Neglected Tropical Disease, Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA, UK. Email: mrebollo@liverpool.ac.uk; Tel: +44 151 705 3335

Michelle Stanton, Post Doctoral research Assistant, Liverpool School of Tropical Medicine, Centre for Neglected Tropical Disease, Pembroke
Place, Liverpool, L3 5QA, UK. Email: mstanton@liv.ac.uk; Tel: +44 151 705 2593

Mark Taylor, Professor of Parasitology, Director of AWOL, Liverpool School of Tropical Medicine, Centre for Neglected Tropical Disease, Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA, UK. Email: mjtaylor@liverpool.ac.uk, Tel: +44 151 705 3112

Brent Thomas, Research Scientist, Liverpool School of Tropical Medicine, Centre for Neglected Tropical Disease, Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA, UK. Email: bthomas@liv.ac.uk, Tel: +44 151 705 3180

London School of Hygiene and Tropical Medicine
Anthony Soloman, Senior Lecturer, London School of Hygiene & Tropical Medicine, UK. Email: anthony.solomon@lshtm.ac.uk

Lymphatic Filariasis Support Center, Atlanta
Brian Chu, Research Project Manager, Task Force for Global Health, 325 Swanton Way, Decatur, Atlanta, Georgia 30030, USA. Email:
bchu@taskforce.org; Tel: +1 404 592 1427

Rebecca Mann, Information Analyst, LF Support Center, USA. Email: rmann@taskforce.org

Dominique Kyelem, Program Director, Task Force for Global Health, Lymphatic Filariasis Support Center, 325 Swanton Way, Decatur, Georgia 30030 USA. Email: Dkyelem@taskforce.org; Tel: +1 404 687 5621

Alex Pavluck, Senior Manager of Information Technology, Task Force for Global Health, 325 Swanton Way, Decatur, Atlanta, Georgia 30030, USA. Email: apavluck@taskforce.org; Tel: +1 4045 921421

Vasanthapuram Kumaraswami, Associate Director, International Programs, Task Force for Global Health, USA. Email: Kumaraswami@gmail.com

McGill University, Canada
Roger Pritchard, James McGill Professor, McGill University, Canada. Email: roger.prichard@mcgill.ca

Michigan State University
Charles Mackenzie, Professor, Michigan State University, USA. Email: mackenz8@msu.edu

National Institute of Health, Mozambique
Ricardo Thompson, Senior Researcher, National Institute of Health, Av Eduardo Mondlane, 1008 Maputo 264 P.O Box 264, Maputo, Mozambique. Email: rthompsonmz@gmail.com; Tel: +258 823 0600 36

National Institute for Research in Public Health, Mali
Mamadou Traoré, Director, National Institute for Research in Public Health, Mali. Email: traorem@afribonemali.net

National Nutrition Institute, Egypte
Reda Ramzy, Professor, National Nutrition Institute, General Organization for Teaching Hospitals &
16 Kasr El Aini St, Cairo 71556, Egypt. Email: reda_m@masrawy.com

Notre Dame University, USA
James Reimer, Salt Project Director, Haiti Program, University of Notre Dame, 351 Galvin Life Science IN 46628, USA. Email: Reimerjn@gmail.com

Thomas Streit, Associate Professor, University of Notre Dame, 351 Galvin Life Science
IN 46628, USA Email: tstreit@nd.edu; Tel: +1 150 987 0746

Quest International University Perak, Malaysie
Subhada Prasad Pani, Research Professor & Head of Microbiology & Deputy Dean (Pre-clinical), Faculty of Medicine, Quest International
University Perak, Malaysia. Email: pani.sp@gmail.com

Research America
Jennifer Chow, Director, Global Health, Research!America, USA. Email: jchow@researchamerica.org

Eleanor De Honey, Vice President of Policy and Programs, Research!America, USA. Email: Edehoney@researchamerica.org

Swiss Tropical and Public Health Institute
Randee Kastner, PhD Candidate, Swiss Tropical and Public Health Institute, Switzerland. Email: randee.kastner@unibas.ch

Peter Steinmann, Research Associate, Swiss Tropical and Public Health Institute, Switzerland
Email: peter.steinmann@unibas.ch

Chris Stone, Scientific collaborator, Swiss Tropical and Public Health Institute, Switzerland
Email: c.stone@unibas.ch

Task Force for Global Health
Mark Rosenberg, President and CEO, The Task Force for Global Health, 325 Swanton Way, Decatur, Atlanta, Georgia 30030, USA. Email:
mrosenberg@taskforce.org; Tel: +1 404 373 4440

University of Edinburgh
David Taylor, Professor of Tropical Health, University of Edinburgh, United Kingdom. Email: David.W.Taylor@ed.ac.uk

University of Sydney
Peter McMinn, Bosch Professor of Infectious Diseases, Infectious Diseases & Immunology, Sydney Medical School University of Sydney, NSW
2006, Australia. Email: peter.mcminn@sydney.edu.au; Tel: +61 2 9351 2900 or +61 2 9351 5319

Washington University
Alison Krentel, Consultant, Washington University - DOLF project, Washington DC, USA. Email: amkrentel@yahoo.co.uk

Andrew Majewski, Scientific Project Manager, Washington University School of Medicine, Washington DC, USA. Email:
amajewsk@dom.wustl.edu

Ramakrishna Rao, Associate Professor of Medical Research, Washington University School of Medicine, Washington DC, USA. Email:
rrao@dom.wustl.edu

Gary Weil, Professor, Division of Infectious Diseases, Washington University School of Medicine, 660 S. Euclid Avenue, Campus Box 8051, St Louis, MO63110-1093, Washington DC, USA

Email: gweil@dom.wustl.edu; Tel: +1 314 747 5198

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)

Siege OMS
Dirk Engels, Coordinator, HTM/NTD/PCT, Department of Control of Neglected Tropical Diseases
20 Avenue Appia, CH 1211 Geneva 27, Switzerland. Email: engelsd@who.int; Tel: +41 22 791 3824 or +41 22 791 4777

Kazuyo Ichimori, Scientist, WHO, 20 Avenue Appia, CH 1211 Geneva 27, Switzerland. Email: ichimorik@who.int, Tel: +41 22 791 2767

Lorenzo Savioli, Director, Department of Control of Neglected Tropical Diseases, WHO, 20 Avenue Appia, CH 1211 Geneva 27, Switzerland. Email: saviolil@who.int, Tel: +41 22 791 2664

Tony Oka Ukety, Technical officer, WHO, 20 Avenue Appia, CH 1211 Geneva 27, Switzerland
Email: uketyt@who.int

MONS AFRIQUE

Amadou Garba, Medical officer/PCT NTD Focal Person, IST/WA, WHO AFRO, Burkina Faso
Email: garbaa@bf.afro.who.int

Adiele Onyeze, Regional Advisor, WHO AFRO, PO Box 06, Dioue, Brazzaville, Democratic Republic of Congo. Email: onyezea@afro.who.int; Tel: +242 0534 35272

Louis-Albert Tchuem Tchuente, PCT NY Focal Person, WHO AFRO Intercountry Support Team / ESA, Zimbabwe. Email: tchuemtchuentel@zw.afro.who.int; Tel: +237 777 07436

Michelle Thulkanam, Partnership, Advocacy & Resource Mobilization Officer, WHO AFRO, Republic of Congo. Email: thulkanamm@afro.who.int

APOC OMS

Paul-Samson Lusamba-Dikassa, Director, African Onchocerciasis Control Programme (APOC), Burkina Faso. Email: lusambap@oncho.afro.who.int

OMS EMRO

Riadh Ben-Ismail, Regional Advisor, Control of Tropical Diseases, WHO EMRO, Egypt. Email: ismailr@emro.who.int

OMS PAHO

Yoaska Acevedo, Intern, Pan American Health Organization, USA. Email: yaoska.acevedo@gmail.com

Steven Ault, Senior Advisor Neglected Diseases, PAHO WHO, 525 23rd Street NW, Washington DC 20037. Email: aultstev@paho.org; Tel: +1 202 974 3896

Luis Gerardo Castellanos, Coordinator and Senior Advisor, PAHO WHO, USA. Email: castellanosl@paho.org

Laura Catala Pascual, Project Support Specialist, PAHO WHO, USA. Email: catalal@paho.org

Marcos Espinal, Area Manager HSD, WHO PAHO, USA. Email: espinalm@paho.org

Martha Saboya, Specialist NTD, WHO PAHO, USA. Email: saboyama2@paho.org

Gabriel Schmunis, Consultant, WHO PAHO, USA.Email: gabriel.schmunis@gmail.com

OMS SEARO

Aditya Prasad Dash, Regional Advisor (Vector Borne & Neglected Tropical Diseases), South East Asia Regional Office of World Health
Organisation, India. Email: dasha@searo.who.int

OMS WPRO

Sung Hye Kim, Scientist, WHO/WPRO, Fiji. Email: kimsu@wpro.who.int

Rapporteur

Molly Brady
NTD Technical Advisor, ENVISION, RTI International, 701 13th St. NW, Suite 750, Washington, DC 20005

Email: mbrady@rti.org; Tel: +1 202 728 1967